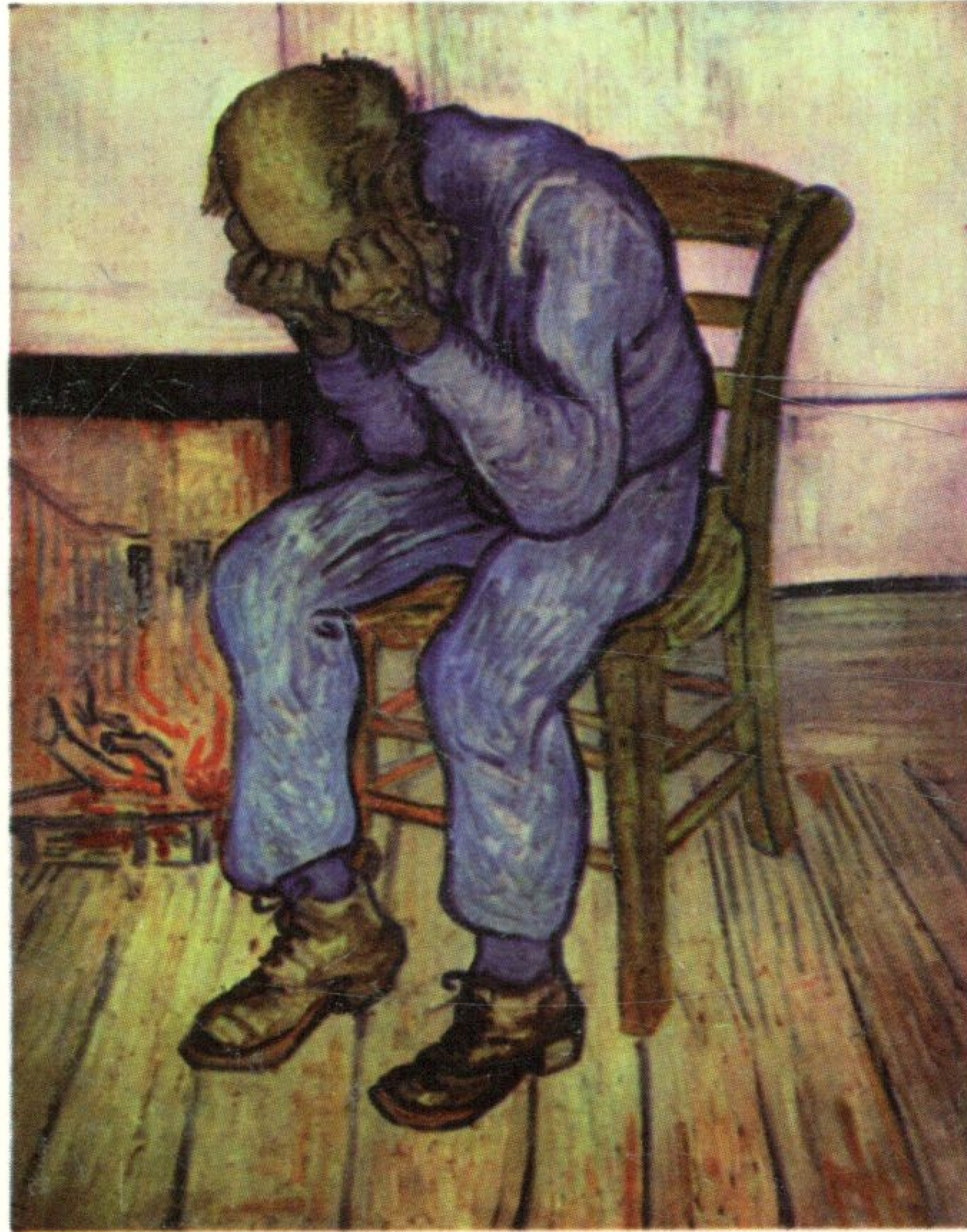
سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

إيتراك للطباعة والنشر و التوزيع

الكتاب السادس
سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر
رئيس التحرير / أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفي السلوكي
للاكتئاب
برنامج علاجي تفصيلي



لوحة فنية للفنان الهولندي فينسنت فان جوخ

د/ محمود عيد مصطفى
اختصاصي العلاج النفسي والإدمان

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

برنامج علاجي تفصيلي

(الكتاب السادس)
سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر
رئيس التحرير/ أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفي السلوكي

للاكتئاب

(برنامج علاجي تفصيلي)

إعداد

د/ محمود عيد مصطفى

اختصاصى العلاج النفسي والإدمان

القاهرة

٢٠٠٩

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر أعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

مصطفى ، محمود عيد .

العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب : برنامج علاجى تفصيلى

اعداد : محمود عيد مصطفى .ـ ط١.

ـ القاهرة : مكتبة إيتراك ، ٢٠٠٩ـ ٤٢٠ص : ٢٤ سم.

ـ(سلسلة علم النفس الاكلنيكى المعاصر، الكتاب السادس

ـ تدمك: ٦ ١٧٣ ٣٨٣ ٩٧٧

١ـ الاكتئاب النفسى علم النفس ٢ ـ العلاج النفسى ـ امراض نفسية .

أـ العنوان . ١٥٥,٢٣٢

اسم الكتاب : العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب : برنامج علاجى تفصيلى

اسم المؤلف : محمود عيد مصطفى .

رقم الطبعة : الأولى

السنة : ٢٠٠٩

رقم الإيداع : ١١٦٨٩ / ٢٠٠٩

الترقيم الدولي : I.S.B.N. / 977-383-173-6

اسم الناشر : إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العنوان : ١٢ ش حسين كامل سليم - ألماظة مصر الجديدة

المحافظة : القاهرة

التليفون : ٢٧٥٤٤٥٥٦

اسم المطبعة : الدار الهندسية

العنوان : المنطقة الصناعية - زهراء المعادي

بسم الله الرحمن الرحيم.

﴿ وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُن تَعْلَمُ ۚ وَكَانَ فَضْلُ ٱللَّهِ

عَلَيْكَ عَظِيمًا ﴾

.سورة النساء: آية ١١٣

مقدمة محرر السلسلة

بقلم: أ.د./ محمد نجيب احمد الصبوة

لقد تقلّب العلاج النفسى بين مدارس شتى، وتقلبت معه الميول والأهواء العلمية، كما تقلبت اتجاهات المعالجين من الاختصاصيين النفسيين والأطباء النفسيين، وجاءت نتائج الممارسات العلاجية مخيبة للآمال مرات، وتفتح باب الأمل أمام من يتلقون العلاج من المرضى النفسيين مرات أخرى. والدليل على ذلك إنه عند ظهور التحليل النفسى على يد "سيجموند فرويد" افتُتن به الأطباء النفسيين ولا زالوا على أساس أنه فتح آفاقاً فى دراسة النفس البشرية، وقدم تفسيرات لا يأتيها الباطل من بين يديها ولا من خلفها، وتوهم كثيرون من المحللين النفسيين أنه سيمكنهم من الخوض فى أعماق النفس الإنسانية لاكتشاف أسباب أمراضها النفسية والعقلية، وأسباب انحرافاتها، ومن ثم علاجها، ولكن للأسف الشديد جاءت نتائج الدراسات والبحوث والمراجعات العلمية والممارسات العلاجية مخيبة للآمال على مدى قرن من الزمان؛ فلا هو عالج الأمراض العصابية (أمراض القلق النفسى الآن)، ولا هو قد نجح فى تخفيف الأمراض العقلية (الذهانية).

ووصل الحال الآن أن طائفة كبرى من الأطباء النفسيين والمحللين النفسيين باتوا يتهمون التحليل النفسى وسيجموند فرويد بأنهما السبب فى تخلف الطب النفسى وخروجه عن المسار الصحيح لكل فروع الطب البشرى الأخرى، وراحوا - بسبب ذلك - يفتشون فى علوم الكيمياء والنواقل العصبية وعلوم الأعصاب والفسيولوجى، ومن ثم ظهر تحيز جديد فى الطب النفسى، ترتب عليه اختزال كل تعقيدات المرض النفسى والانحرافات الفكرية والسلوكية، ليصبح مجرد اختلال فى كيمياء الدماغ والمسارات العصبية، الأمر الذى يمكن التغلب عليه بالأدوية الطبية الكيميائية. واستمر الحال على هذا المنوال منذ أربعينيات القرن المنصرم (العشرين) وحتى الآن. وظهرت طائفة

أخرى من الأطباء النفسيين ينادون بإلغاء تخصص الطب النفسى، لأن الممارس العام أو أى طبيب من أطباء الأسرة يمكنه وضع الوصفة الطبية للمرضى النفسيين والعقليين، ما دامت المسألة مجرد علاج طبى بمجموعة محدودة من الأدوية النفسية.

وبسبب "هوجة" العلاج بالأدوية النفسية، فقد العلاج النفسى كثيراً من أرضيته وشعبيته، وأغلق كثير من معاهد التحليل النفسى أبوابه نظراً لعدم الإقبال عليه، وضعف نتائجه، وما يتطلبه من فترات زمنية طويلة تربو على الثلاث إلى خمس سنوات، بالإضافة إلى ظهور المدرسة السلوكية ونجاحها فى علاج الأعراض الظاهرة لعديد من الاضطرابات والأمراض النفسية، ولكنها هى الأخرى فشلت فشلاً ذريعاً فى التدخل فى الأمراض العقلية واضطرابات الشخصية، وكثير من الانحرافات السلوكية المعقدة.

فى ظل هذا المُناخ العلمى المتلاطم، وفى منتصف الثمانينيات بالتحديد، استطاع العلاج المعرفى والمعرفى – السلوكى أن يأخذ مكانته بوصفه نظاماً علاجياً متكاملاً، يتكون من:

أ- نظرية فى الشخصية والسيكوباثولوجى مع وجود نتائج تجريبية (قوية أو صادقة) تؤكد صحة فروضها.

ب- ونموذج للعلاج النفسى مع مجموعة من القواعد والاستراتيجيات المندمجة مع نظرية السيكوباثولوجى.

ج- ونتائج عيادية وتجريبية قوية معتمدة على بحوث عيادية مقننة تؤكد فعالية هذا العلاج وتأثيره.

ولقد تأسس العلاج المعرفى على يد "آرون بيك Aron Beck" فى جامعة بنسلفانيا فى أوائل الستينيات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو مُوجّه أساساً إلى التعامل مع مشاكل المريض الراهنة، مع إعادة تشكيل التفكير السلبى والسلوك المترتب عليه (Beck, 1964).

ويفترض النموذج المعرفى أن التفكير المشوش والسلبى (الذى يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى) هو الغالب فى معظم الأمراض والاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعى وتعديل التفكير يؤدى إلى تحسن فى المزاج والسلوك، وينتج استمرار التحسن من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفى - السلوكى بواسطة منظرين رئيسيين، ومن أهمها: العلاج العقلانى - الانفعالى السلوكى لألبرت إليس، والتعديل المعرفى - السلوكى لدونالد ميكينباوم (١٩٧٧)، والعلاج المتعدد الاتجاهات Multi-modal therapy للازاروس (Lazarus, 1976) (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ١٧).

ووفقاً للتأثير والمد العلمى، ظهرت أجيال جديدة من الباحثين والمعالجين النفسيين الذين راجعوا النموذج المعرفى، واقتنعوا به علمياً، وقاموا بتطبيقه كعلاج نفسى على مختلف الاضطرابات النفسية والأمراض الذهانية واضطرابات الشخصية، والانحرافات السلوكية والاجتماعية، كالإدمان والاعتماد على المخدرات والكحوليات، واضطرابات التغذية والأكل، والاضطرابات النفسية الجسمية، كالألم المزمن، والصداع النفسى، وزملة التعب المزمن، والتبول والتغوط اللاإرادى، وذلك كله بعد أن طبقه آرون بيك فى البداية على الاكتئاب الأساسى والقلق النفسى فقط. إنه أصبح ثورة علمية بحق ردت للعلاج النفسى هيبته ومكانته التى كان فقدها.

وقد أوضحت نتائج تطبيق العلاج المعرفى - السلوكى على هذا التنوع المتباين من الاضطرابات النفسية، أن هناك أبعاداً معرفية أساسية للشخصية الإنسانية لها علاقات السبب بالنتيجة بينها وبين الاضطرابات النفسية، ومن ثم يمكن الوقوف على دور العوامل المعرفية فى الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية أو فى الإصابة بالمرض النفسى. وفى هذا الإطار ظهر كتاب الدكتور محمود عيد مصطفى تحت عنوان "العلاج المعرفى - السلوكى للاكتئاب: برنامج علاجى تفصيلى".

وبطبيعة الحال، فإنه ـ كما يقول آرون بيك ـ لا يوجد كتاب فى العلاج النفسى يُغنى عن الإشراف المباشر على ابنته جوديث بيك علماً وتدريباً وممارسة لهذا النمط من العلاج، كذلك قام كاتب هذه السطور بالإشراف على الدكتور/ محمود عيد مصطفى عند إعداده لرسالة الدكتوراه التى نقدمها اليوم ككتاب فى سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر، كما قمت بتدريبه على تطبيق كل أساليب العلاج المعرفى- السلوكى التى يتضمنها هذا الكتاب. والحق أن الدكتور محمود قد حضر معى كثيراً من الورش والدورات التدريبية فى العلاج المعرفى والسلوكى والعلاج المعرفى السلوكى، وكشف عن مهارات بارزة عند ممارسة العلاج النفسى فى مستشفى الطب النفسى بالكويت لكثير من الأمراض النفسية وكثير من الانحرافات السلوكية والإدمانات. ولا شك أن ذلك قد انعكس فى محتوى المعلومات والممارسات التى يقدمها هذا الكتاب.

ينقسم الكتاب إلى جزئين، الجزء الأول منه يعرض للجوانب النظرية المتصلة بالاكتئاب، كتعريفه، وتصنيفه، وتشخيصه والأعراض التى يتسم بها ، والنظريات المفسرة له، والأساليب العلاجية التى تُشْفى المرضى منه. كما يقدم فى نهاية هذا الجزء البرنامج العلاجى الذى كشف عن كفاءته وتأثيره فى علاج مجموعة من مرضى الاكتئاب الأساسى، متضمناً فلسفة البرنامج، والإجراءات العامة، والجلسات التفصيلية، ومضمون الجلسات، وكيفية سير العملية العلاجية أما الجزء الثانى منه، فيختص بعرض الدراسة التطبيقية التى أجراها مؤلف الكتاب، لإثبات مدى فعالية البرنامج العلاجى، والعلاج المعرفى- السلوكى بمختلف أساليبه وتعدد إجراءاته فى علاج الاكتئاب الأساسى.

إنها لسعادة غامرة أن أقوم بتقديم هذا الكتاب ومؤلفه ضمن سلسلة كتب علم النفس الإكلينيكى المعاصر، نظراً للفائدة المزدوجة التى سيجنيها المعالجون النفسيون فى مصر والعالم العربى، إذا ما قرءوا هذا الكتاب،

الأولى تكمن فى إحاطتهم علماً بأسس العلاج المعرفى - السلوكى بمختلف أساليبه، والثانية تكمن فى ممارستهم للعلاج المعرفى السلوكى انطلاقاً من البرنامج الذى قدّمه هذا الكتاب. وأخيراً أسأل الله أن يفيد منه الاختصاصى النفسى والاجتماعى والطبيب النفسى والممرض النفسى، والمتخصصين فى علم النفس والقارئ المثقف. كما أسأل الله أن يعين كاتب هذه السطور مع عدد من تلاميذه المخلصين فى نشر العلاج النفسى بصفة عامة، والعلاج المعرفى - السلوكى بصفة خاصة، علماً وممارسة وتدريباً فى مصر والعالم العربى، لنسد ثغرة من أوسع الثغرات وأخطرها فى علم النفس الإكلينيكى العلاجى كمهنة، ولنرفع مستوى الخدمات العلاجية النفسية التى تقدم للمرضى النفسيين. وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب.

دكتور/ محمد نجيب أحمد الصبوة

استاذ علم النفس الإكلينيكى بجامعة القاهرة

ورئيس تحرير سلسلة علم النفس الإكلينيكى المعاصر

تصدير

يواصل هذا الكتاب سلسلة الكتب التى نطمح لتقديمها للمكتبة العربية بوجه عام، وللمعالجين النفسيين على وجه الخصوص. سواء أكانت كتب مترجمة أم كتب مؤلفة.

وعندما نتحدث عن العلاج النفسى وممارساته، فنفترض أننا بصدد الحديث عن برامج علاجية مصممة للتعامل مع كل اضطراب نفسى على حدة.

ونقدم فى هذا الكتاب برنامجاً علاجياً تفصيلياً لعلاج الاكتئاب، وهو "برنامج العلاج المعرفى – السلوكى متعدد المحاور القائم على المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج"، ويمثل الكتاب دليلاً علاجياً مفصلاً لمرضى الاكتئاب، مع إمكانية استخدام البناء العام للبرنامج ليشمل مضامين علاجية مختلفة لعلاج اضطرابات نفسية أخرى، بحيث تتلاءم مع طبيعة ونوعية كل اضطراب. ويتميز البرنامج بكفاءة علاجية عالية حيث تم تجريبه من خلال دراسة تطبيقية على مرضى الاكتئاب الأساسى (الجزء الثانى من الكتاب) وما زال يستخدم حتى لحظتنا الراهنة من قبيل عدد من المعالجين ذوى الخبرة، ويأتى بنتائج علاجية مرضية، إن لم تكن جيدة.

ويعرض الكتاب فى جزئه الأول بعض الجوانب النظرية المتصلة بالاكتئاب مثل التعريفات والتصنيف، والتشخيص والأعراض الواسمة للمرض، وكذلك يعرض للنظريات المفسرة للاكتئاب وكذلك الأساليب العلاجية المستخدمة فى علاجه والتى انطلقت من تلك الأسس النظرية على مدى تنوعها.. ويتم فى نهاية هذا الجزء تقديم البرنامج العلاجى، شاملاً الفلسفة العامة للبرنامج، والإجراءات العامة، والجلسات التفصيلية، ومضمون الجلسات، وكيفية سير العملية العلاجية خطوة خطوة.

ويضطلع الجزء الثانى من الكتاب بتقديم دراسة تطبيقية تم إجراءها لإثبات مدى كفاءة البرنامج العلاجى من ناحية، ومدى كفاءة العلاج المعرفى – السلوكى بإجراءاته المتعددة فى علاج الاكتئاب من ناحية أخرى.

ونورد فى نهاية الجزء الثانى مناقشة حول كيفية سير العملية العلاجية، وكيفية عمل العلاج المعرفى– السلوكى، وتوضيح التفاعل الحادث بين مكونات العملية العلاجية بما يسمح بزيادة الوعى الخاص للمعالجين بالأهداف التى تقف خلف كل إجراء ومدى إسهام كل من هذه الإجراءات فى العملية العلاجية بشكل عام.

ودون الاستغراق فى قضايا سيتم عرضها تفصيلاً فى سياق الكتاب، نأمل أن يكون هذا الكتاب دليلاً مرشداً للعاملين فى مجال العلاج النفسى، حيث يضع بين أيدينا إجراءات محددة، وخطوات متتالية للوصول إلى هدف من كل إجراء من شأنه أن يساعد فى إتمام عملية الشفاء، ويؤدى ذلك إلى قلة الأخطاء العلاجية، وعدم اللجوء إلى الجوانب الفلسفية، وغير العلمية، وغير الواقعية فى العلاج، مما يؤدى بدوره إلى تقديم أفضل خدمة علاجية للمرضى، سواء من حيث عدد الجلسات، والوقت المستغرق للعلاج، وكذلك الوقاية من الانتكاس.

ونأمل كذلك فى سد ثغرة فى مجال العلاج النفسى، ولا نستطيع إنكار وجود كم هائل من الكتب التى تتناول العلاج النفسى، وأساليبه لكنها فى معظمها - وعلى قدر تميزها - تفتقر إلى وجود برامج واضحة، وذات إجراءات محددة، وتتميز بأهداف واقعية، وذات كفاءة علاجية عالية.

دكتور/ محمود عيد مصطفى

اختصاصي العلاج النفسي والأدمان

الجزء الأول

الفصل الأول

مقـدمة نظـريـة

مقدمة

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التى حاول الباحثون دراستها. وقد بدأت النظريات المفسرة له فى الظهور منذ عصور قديمة، حيث كانت التصورات المبكرة عن المرض، ذات طبيعة فسيولوجية. وقد نما هذا الاتجاه طوال القرن التاسع عشر، وكانت النظرة السائدة للمرض على أنه عجز فى جهاز الاستثارة بالمخ، أو أنه ناتج عن الاضطرابات الأيضية، والإمدادات الغذائية للقشرة المخية ولكن بظهور أفكار فرويد، كانت هناك نقلة تجاه النموذج النفسى للاكتئاب، ومن أهم أوجه التقدم فى النظر للاكتئاب، ما قال به "إيميل كريبلين" فى بداية العشرينيات من القرن الماضى من أن الاكتئاب والهوس هما وجهان لعملة واحدة أى أنهما عرضان مختلفان للمرض نفسه ولذلك يجب وضعهما تحت الفئة التصنيفية نفسها.

وفى عام ١٩٥٧، أكد ليوناردو "Leonardo " ضرورة التفرقة بين الاكتئاب الأحادى 'Unipolar depression' والاكتئاب القطبى 'Bipolar depression' وذلك بسبب اختلافهما فيما يتعلق بتطور الأعراض، ودرجة إسهام العوامل الوراثية والمزاج السابق (Kazdin, 2000, p. 472).

ويصيب الاكتئاب الأفراد فى مختلف فئات الأعمار، إلا أن نسبة الانتشار تتركز بين أعمار تتراوح بين ٢٠- ٤٥ عاماً. وعندما تبدأ أعراض الاكتئاب بعد هذا السن، فإنها غالباً ما تكون ذات طبيعة إندفاعية، مع زيادة فى حدة الأعراض، وقد أشارت البحوث الوبائية إلى أن ٣٪ من الجمهور العام يصابون بالاكتئاب، وتبلغ نسبة الإصابة بالاكتئاب الأحادى فى الولايات المتحدة الأمريكية ٣٪، أما بالنسبة للاكتئاب القطبى فلا تتعدى نسبة الانتشار ٠.٧٪. ومن خلال النتائج المجمعة من مراكز الدراسات الوبائية، اتضح أن نسبة تصل إلى ٦٪ من الجمهور العام قد عانوا على الأقل من نوبة واحدة من الاكتئاب خلال حياتهم.

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب على مستوى العالم تبلغ ٥٪، وأنه يوجد على مستوى العالم ما يقرب من ثلاثمائة مليون مريض، ويحتمل أن يصل هذا العدد إلى أربعمائة مليون مريض بحلول عام ٢٠١٠ أما على مستوى الوطن العربى فيعانى أكثر من اثنا عشر مليوناً من الاضطرابات المزاجية والاكتئابية.

وتتراوح نسبة الانتحار بين مرضى الاكتئاب بشكل عام بين ١٥٪- ٢٠٪. وإذا أخذنا فى الاعتبار المحاولات الفاشلة غير المكتملة فسوف تزيد هذه النسبة. وفى دراسة عن نسب الانتشار للانتحار فى مدينة القاهرة أجراها عكاشة ولطيف عام ١٩٧٩ اتضح أن النسبة تراوحت بين ٣- ٤ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة، وتُعد هذه النسبة قليلة إذا ما قورنت بالدول الأخرى أو النسب العالمية.

أما عوامل الخطر للإصابة فتبلغ نسبة ١٠٪ للرجال فى مقابل ٢٠٪ للإناث، وذلك على مدى الحياة. وتشير الدراسات الوبائية إلى أن المرضى بأمراض طبية عامة يعانون من الاكتئاب وتصل النسبة إلى ٢٦٪ من هؤلاء المرضى.

وإذا أخذنا فى الاعتبار أن كثيراً من مرضى الاكتئاب يلجأون لتلقى العلاج لدى أطباء الرعاية الأولية فنجد أن نسبة هؤلاء المرضى تصل إلى ٥٠٪ من مرضى الاكتئاب.

وهناك نسبة تتراوح بين ١٣٪ ـ ٢٠٪ من الجمهور العام، قد أصيبوا بأعراضٍ اكتئابية دون الوقوع فى نوبة حادة واضحة من المرض.

وأجمعت الدراسات الوبائية على أن الإصابة لدى الإناث تكون أعلى من الإصابة لدى الذكور وتبلغ النسبة ٢- ١.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ ص. ٣٢١ – ٣٢٩؛ Tollefson, 1993; p. 196; Halgin & Whitbourn, 1994 p. 250; Brown & schulburg 1998; Kazdin, 2000, p. 472; Fatemi, et al., 2001; Wagrtaff, et al., 2002 & Trisedi & Leaber, 2001).

وتزداد ضراوة الاكتئاب، بتأثيراته السلبية على كل من المستوى الاقتصادى والذى يتمثل فى ضعف الأداء وقلة الإنتاج الناتج عن التغيب المستمر عن العمل، وأسلوب الحياة، والكفاءة الشخصية، وينتج عنه مدى واسعاً من الاضطرابات المعرفية، والمزاجية، والوظيفية، ويؤثر فى شتى مجالات الحياة لكل من المريض، والأسرة، وأصحاب الأعمال فى شتى أنحاء العالم. ومن المتوقع أنه بحلول العام ٢٠٢٠م سوف يأتى الاكتئاب فى المرتبة الثانية، بعد الأمراض القلبية، من حيث هدر الطاقات، وانخفاض الإنتاجية. وتعتبر التكاليف الحالية للاكتئاب فى معظمها تكاليفاً غير مباشرة، وأقل وضوحاً عن تلك المرتبطة بالأمراض المزمنة الأخرى مثل: الأورام السرطانية، وفقد المناعة المكتسب (الإيدز)، وأمراض القلب، وتتلخص هذه التكاليف غير المباشرة فى نقص الإنتاجية العامة، والذى ينتج عن التغيب المستمر عن العمل، والأداء غير الكفء، لأن الاكتئاب يتسم فى معظم الحالات بنوبات متعددة من الانتكاس، وهو ما يجعله مستنفذاً للناتج الاقتصادى والاجتماعى على المدى الطويل (Sharbourne, et .al., 2001; Mendlewiez, 2001, and Wagstaff, el al., 2002)

والاكتئاب ليس مجرد الحزن المؤقت الناتج عن فقد عزيز، أو فشل فى تحقيق هدف ما، أو الهبوط المؤقت فى المزاج من حين لآخر، أو الإحساس بالوحدة الذى يزول بمجرد الحديث مع بعض الأصدقاء، أو القيام بزيارة لأحدهم، إنما يشمل عديداً من الأعراض النفسية التى تمثل اضطراباً، بما فيها تعكر المزاج، والتشاؤم والشعور بالهبوط، والعجز، وبطء العمليات المعرفية مثل التفكير، والتذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، ولوم الذات، مع استمرار هذه الأعراض لمدة أيام وشهور (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٦٧).

ويشير واد (١٩٩٨) "Wade" إلى أن الاكتئاب ينتج حالة حادة ممتدة من الحزن الشامل المصحوب بنوبات بكاء، وتناقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وتناقص الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة على الاستمتاع، وعجز فى القدرات المعرفية، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام، وهذه النوبة الاكتئابية تستمر من ٦- ٩ شهور (Wade, 1999).

وقد ظهر عدد من النظريات، والنماذج المفسرة للاكتئاب بداية من التفسير التحليلى على يد فرويد، والنظريات الحيوية والتى اشتملت على منحيين مختلفين هما التوازن الكيميائى الحيوى، والعوامل الوراثية، وتلاها النظريات النفسية الاجتماعية التى تناولت كلاً من: الضغوط النفسية وأحداث الحياة، والتعلم الاجتماعى وإكتساب العجز، وصولاً إلى النظرية المعرفية (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص ص ٨٩، ١١٥ ,Ingram, 1994; Kazdin, 2000 .(PP. 472-473

وخرج من عباءة هذه الأطر والنماذج النظرية عدد من الأساليب العلاجية التى اتخذت منها أساساً، وركيزة لوضع الأسس الإجرائية لها سواء أكانت بيولوجية أم اجتماعية، أم معرفية. وسوف نتناول هذه الأساليب العلاجية بالعرض والمناقشة تفصيلاً على مدى فصول الكتاب التالية. ولا يسعنا فى هذا السياق إلا أن نتناول عدداً من القضايا، والتى تمثل مشكلات، أو نقاط خلاف فيما يتعلق بدراسات، وعلاجات الاكتئاب سواء العلاجات الدوائية أو النفسية، أو تصاحبهما معاً.

دور العمليات العضوية والحيوية فى الاكتئاب:.

هناك عديد من العمليات العضوية (الحيوية) التى تتغير إذا أصيب الفرد بالاكتئاب. وتشير عدة نظريات إلى وجود عوامل فسيولوجية قد تتسبب فى إحداث ونشوء الاكتئاب بطريقة ما، أو بأخرى. وأياً كان الأمر فحتى نهاية القرن العشرين، كانت ولا تزال هناك صعوبة فى تحديد عملية بيولوجية (حيوية) معينة قد تكون هى السبب الرئيس للاكتئاب، أكثر من كونها عملية مصاحبة له. وتتركز معظم البحوث الحيوية على الموصلات العصبية، مثل النوربينيفرين، والسيروتونين، وهى أمينات أحادية. والافتراض القائم هنا هو أن الخلل فى إحدى هاتين المادتين، أو كلتيهما يسبب الاكتئاب. ويسمى ذلك الفرض، "بفرض الأمينات الأحادية" 'Monoamine Hypothis ومعظم

مضادات الاكتئاب المعروفة تعمل بشكل مباشر على المستقبلات العصبية سواء قبل أو بعد التشابكية لأحد هذه النواقل العصبية أو كليهما معاً.ومؤدى هذا الفرض هو أن كل اضطراب أو خلل فى الموصلات العصبية فى المشتبكات، أو وجود خلل فى قدرة الخلايا العصبية نفسها على توصيل، ونقل المنبهات الواردة كيميائياً، طبقاً لأوامر الأمينات الأحادية، من شأنه أن يؤدي إلى الاكتئاب، وأيضاً إلى احتراق وتدمير الخلايا العصبية نفسها (Kzadin, 2000, p. 475).

وهناك اتجاه آخر فى البحوث الحيوية يركز على إيقاع النوم، فالنوم لدى الأفراد المكتئبين غالباً ما يكون مضطرباً، ليس فقط فى شكل الأرق، ولكن أيضاً فى النمط الأساسى للنوم. فالأشخاص المكتئبون غالباً لديهم تأخر (كمون) فى فترة حركات العين السريعة (Rapid Eye Movement (REM' ومعظم العلاجات الخاصة بالاكتئاب قد تركز على إيقاف نمط النوم ذى حركات العين السريعة بدرجة ما (Staner, et al., 1999; Kazdin, 2000, P. 475).

وقد استخدمت أشعة البوزترون Positron Emission Tomography (PET) لدراسة عمليات الأيض لدى مرضى الاكتئاب وأظهرت الدراسات بشكل عام وجود تدنى فى النشاط الأيضى الخاص بالفص الجبهى لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الحاد.

ومن ناحية أخرى تركزت بعض البحوث على أدرينالين الغدة النخامية والهيبوثلاموس (Hypothalamic - pituitary adrinal (HpT' أو ما يسمى بالغدة النخامية تحت المهادية. وقد افترض ما يتراوح بين نصف، أو ثلاثة أرباع الدراسات فى هذه المنطقة، أن مرضى الاكتئاب لديهم ارتفاع فى الجلوكوكورتيكويدز Glucocorticoids' والمستويات المرتفعة من هذه المادة قد تؤثر تأثيراً سلبياً على مسارات، ووظائف الغدة النخامية تحت المهادية (Ibid, P. 475).

وبالنظر إلى النظرية الحيوية، نجد أنها ترجع السبب الأساسى للإصابة بالاكتئاب فقط للعوامل العضوية الحيوية والفسيولوجية، سواء بالنسبة للأحماض الأمينية أو النواقل العصبية، أو بعض المركبات الكيميائية الحيوية الأخرى بالجسم خاصة فى الجهاز العصبى المركزى، ولم تُلق بالاً لأى من العوامل النفسية والنفسية الاجتماعية التى قد تساهم بدرجات في نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية، ولم تضع احتمالاً لأن تكون هذه العوامل الحيوية، ما هى إلا عوامل مرسبة للإصابة بالمرض، وأن العوامل النفسية، والنفسية الاجتماعية، وأحداث الحياة قد تساهم بدورها فى إنتاج المرض إذا ما توفرت هذه العوامل المرسبة.

دور العلاجات الدوائية فى علاج الاكتئاب:.

كانت العلاجات الدوائية المستخدمة خلال التسعينيات عبارة عن مثبطات السيروتونين Selective Serotonin Reubtake inhibitors مثل: الباكسيل Paxil، والزولوفت Zoloft، والبروزاك Prozac، وهى تتميز بعدة مميزات منها: قلة الأعراض الجانبية، والندرة في إحداث التسمم القلبى، وتعتبر آمنة فى حالة تجاوز الجرعة المقررة، وذلك عند مقارنتها بمضادات الاكتئاب الأخرى. وهناك أيضاً مجموعة من العناصر الدوائية الكيميائية الجديدة لعلاج الاكتئاب، لكنها مازالت تعانى من عدد من المشكلات الخاصة بالآثار الجانبية، خاصة فيما يتعلق بكف الوظائف الجنسية. (Ibid) .

وهدف مضادات الاكتئاب هو القضاء على الأعراض، واستعادة الفعالية الوظيفية للمريض، وأخيراً الوقاية من الانتكاس، والنوبات المتكررة. .(Schuaitzer, et al., 2001, and Mendlwiez, 2001)

وقد أقرت عدة مراكز علمية وبحثية، وجمعيات علمية دولية مثل: الرابطة البريطانية للأدوية النفسية British Association for Psychopharmacology، وكلية الأطباء النفسيين الملكية Royal College of

Psychiatrists، وهيئة بحوث وسياسات الرعاية الصحية Agency for Health care policy and Research، والمراكز التعاونية للصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية، عدداً من التوصيات، والخطوط World Health Organization Mental Health Collaborative Centers الإرشادية التى يجب إتباعها عند وصف مضادات الاكتئاب، وذلك بهدف رفع كفاءتها العلاجية وهى:.

١- يجب أن توصف مضادات الاكتئاب حسب الجرعة المقررة، والموضحة، والموصى بها حتى يكون العلاج فعالاً.

٢- أن يستمر تناولها على الأقل لمدة أربعة أشهر بعد الاختفاء المبدئى للأعراض وقد تطول هذه المدة أو تتضاعف فى حالة النوبات المتكررة.

٣- يجب أن يسبق وصف مضادات الاكتئاب، وجود تشخيص جيد وحاسم للحالة.

٤- استخدام مضادات الاكتئاب من فئة SSRI كاختبار أول للعلاج وذلك لأنها أكثر كفاءة. وأكثر قابلية للتحمل من مضادات الاكتئاب الأخرى. (Mendlwicz, 2001; Wagrtaff, et al., 2002).

ويشير بيليلز وستوديماير ١٩٩٨ "Beleles & Stoudemire" إلى بعض القواعد الخاصة التى يجب مراعاتها عند وصف مضادات الاكتئاب. والتى تعتبر مكملة للخطوط الإرشادية العامة التى أوردتها الهيئات السابقة وهى:.

١- تأكيد أهمية الاختيار المميز للعقار، على أساس نمط التأثيرات الجانبية.

٢- تجنب وتحاشى التأثيرات التسممية الناتجة عن التفاعل الدوائى.

٣- مراعاة مستوى الأيض، ودرجة امتصاص الأدوية تبعاً للحالة الجسمية العامة للمريض (Beliles & Stoudimire, 1998; Staudimire, 1996).

مقاومة العلاج والكفاءة العلاجية:.

منذ أن بدأ استخدام مضادات الاكتئاب، تم تقديم عدد من البرامج التعليمية، والتوعوية لزيادة الوعى بأعباء الاكتئاب من ناحية، وإبراز مدى كفاءة مضادات الاكتئاب فى تحسين أعراض المرض من ناحية أخرى، وذلك بهدف تحسين وصقل قدرة الممارسين فى وصف العلاج المناسب، إلا أنه ظهرت عدة عوامل من خلال الممارسات العيادية توضح أن قليلاً من المرضى فقط هم الذين يتلقون علاجاً ملائماً بمضادات الاكتئاب سواء من حيث الجرعة، أو المداومة على العقار.ومن هنا اتضح أن البرامج التوعوية ليست كافية وحدها لرفع كفاءة الممارسين فى وصف مضادات الاكتئاب، ومن ثم وضع افتراض مؤداه أن هناك عوامل أخرى تتدخل إما بشكل مباشر أو غير مباشر فيما يتعلق بكفاءة العلاج منها:.

١- التركيب الكيميائى للعقار، والذى يشمل الأعراض الجانبية، وتأثيره على الحمية.

٢- سلوك المرضى أنفسهم، فالمكتئبون غالباً لا يطلبون الشفاء من أعراض اضطرابات المزاج، بل يطلبون الشفاء من الأعراض الجسمية، بما فيها اضطرابات الجهاز الهضمى، والتعب، والإرهاق والصداع، وبعض المرضى يرفضون السعى للعلاج خوفاً من الوصمة التى تتعلق بالمرض النفسى، أو نتيجة لاعتقادهم بأنهم يمكن أن يعالجوا أنفسهم بطرقهم الخاصة.

٣- قد يلجأ الممارسون العامون إلى عدم تشخيص الاكتئاب أساساً لدى مرضاهم، وذلك بسبب خوفهم من نفور المرضى، وتسربهم من العيادات نتيجة إخبارهم بأنهم مصابون بالاكتئاب.

٤- ويصنف هذا العامل ضمن العوامل الاقتصادية، حيث يرتبط بمدى كفاءة وشمول مظلة التأمين الصحى، ومدى المساعدة التى يمكن أن تقدم للمرضى من خلاله عبر فترة زمنية طويلة نسبياً.

٥- عدم ملاءمة مضادات الاكتئاب الموصوفة، سواء من حيث الجرعة، أم من حيث المدة المقررة للعلاج.

٦- ويعتبر عامل المداومة على تناول الأدوية ذا أهمية خاصة فى تحديد مدى كفاءة العلاج الدوائى، حيث اتضح من الممارسات العيادية، أن نسبة تتراوح بين ٣٠٪- ٧٠٪ من المرضى، لا يواظبون على تناول الأدوية كما تم وصفها، وعلى الرغم من أن هذا العامل يتضمن العوامل الخاصة بالعقار نفسه(حيث تكون الأعراض الجانبية غير مرغوب فيها) فإن هناك تأثيراً كبيراً لمعتقدات وسلوكيات كل من المرضى، والمعالجين، فمثلاً بعض المرضى يشعرون بالذنب لأنهم يتناولون هذه الأدوية، أو حتى أنهم يطلبونها، ويعتقدون فى بعض الأحيان، أنهم لا يحتاجون هذه الأدوية، ولابد من إيقافها، وذلك بمجرد شعورهم بقدر من التحسن. (Mendlwiez, 2001).

والمرضى الذين يتناولون مضادات الاكتئاب ينتابهم القلق بشأن استمرارهم فى تناول هذه الأدوية، خوفاً من أن ذلك قد يؤدى بهم إلى الإدمان، أو أنهم مع استخدامها لفترة طويلة، سوف تفقد هذه الأدوية فاعليتها وتأثيرها.

ومن السلوكيات ذات التأثير السلبى على كفاءة العلاج بمضادات الاكتئاب، أن القائمين على وصفها قد يمنعون تناولها فى بعض الأوقات، خاصة فى الإجازات، والعطلات وذلك بهدف تقليل الأعراض الجانبية، خاصة فيما يتعلق بضعف القدرة الجنسية، فى حين أن هذه الممارسات لم يوص بها من قبل المتخصصين.

وعندما يعالج المرضى سواء فى عيادات الرعاية الأولية، أم فى تخصصات طبية أخرى، فإنهم يتناولون أدوية من مضادات الاكتئاب بنسبة ٧٥٪ من الوقت، ويتوقع لمضادات الاكتئاب من خلال الممارسات العيادية، أن تصل كفاءتها إلى ٨٠٪، لكن نظراً للعوامل السابقة، فإن كفاءتها تتناقص إلى ٢٥٪ فقط. (Brown and Schulberg, 1998; Mendlwiez, 2001).

وتحتل قضية مقاومة الأدوية، أهمية بالغة فى الممارسات العيادية لمرضى الاكتئاب، حيث يفشل كثير من المرضى فى تحقيق شفاء كامل من الأعراض، بعد واحدة أو أكثر من المحاولات العلاجية باستخدام مضادات الاكتئاب الملائمة، ولأن إدارة حالات الاكتئاب تتطلب علاجاً طويل الأمد بعد الاستجابة المبدئية لمضادات الاكتئاب، فقد تطلب ذلك وضع وإتباع استراتيجية صارمة لإدارة هذه الحالات، وذلك بهدف تثبيت هذه الاستجابة المبدئية، وأيضاً لتقليل احتمالات الانتكاس. ومع ذلك فإن ما يتراوح بين ١٠٪- ٣٠٪ من مرضى الاكتئاب (وقد تصل هذه النسبة إلى ٥٠٪) يصنفون على أنهم مقاومون للعلاج، ويصنف بعضهم إلى أنهم ذووا استجابة محدودة له، وقد يرجع ذلك إلى عدم ملاءمة الجرعة، أو مدة العلاج، لذلك يجب على الأطباء أن يكونوا على وعى بالعوامل التى تقف خلف هذه الاستجابات الجزئية للعلاج، وأيضاً يكونوا على وعى بالاستراتيجيات العلاجية البديلة، التى من شأنها أن تأتى بنتائج أفضل، وغالباً ما تكون البدائل المتاحة، إما التغيير من أحد مضادات الاكتئاب إلى آخر أو زيادة الجرعة، أو الجلسات الكهربائية، أو التصاحب الدوائى. وقد أصبحت هذه الأخيرة على قدر عال من الأهمية لدى الأطباء النفسيين عند التصدى لحالات الاكتئاب، خاصة عندما يكون الاكتئاب مصحوباً بأعراض مرضية أخرى مثل القلق، وقد يستخدم أكثر من نوع من أنواع مضادات الاكتئاب، أو قد يستخدم دواء لا يستخدم أصلاً لعلاج الاكتئاب. ومن شأن هذه الإجراءات أن تعزز الكفاءة العلاجية لمضادات الاكتئاب، والتغلب على بعض المشكلات فى هذا الصدد. ومن الفئات الكبرى لمضادات الاكتئاب، والتى يمكن استخدامها بطريقة التصاحب الدوائى، فئة مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين.

(Nelson, 1998; Memeroff & Schotzberg, 1998; Beliles & Stoudemire 1998; Demontigeny, 1999; Mondlwiz, 2001; Schuoitzer, et al., 2001; Ererhefsky & Dugan, 2001; Casacalinda & Boulnser; Faltermaire, et al., 1997).

العلاجات النفسية للاكتئاب:

اتجهت البحوث فى إطار العلاج النفسى للاكتئاب فى طريقين أو اتجاهين:.

الاتجاه الأول: قادته سلسلة من الدراسات عن العلاج السلوكى، بدأت فى عام ١٩٧٠، على يد كل من بيتر ليفنسون "Livinsohn" ولين ريم "L. Rem".

الاتجاه الثاني: فجاء نتيجة لثلاثة دراسات أجرتها المؤسسة الوطنية للصحة العقلية National Institution of Mental Health، حيث تم دراسة كلاً من العلاج بين الشخصى 'Interpersonal therapy' والعلاج الجمعى 'Group therapy' والعلاج الزواجى Marital therapy (العلاج الأسرى).

وافترض ليفنسون أنه عندما يواجه الشخص نقصا فى الدعم الإيجابى Positive rienforcement المحتمل لاستجابة ما، فإنه ينتج عن ذلك السلوك اللاتوافقى. وقد ترجع أسباب نقص الدعم الإيجابى إلى نقص فى المهارات الاجتماعية، أو التغيرات البيئية، أو الفشل فى الاشتراك فى نشاطات سارة تُعد مكافئة للفرد، لذلك فإن استراتيجية النشاطات السارة هى التى تمد الأفراد المكتئبين بالعائد فى حال افتقادهم للمهارات الاجتماعية، أثناء التفاعل مع الآخرين. وهناك دلائل على أن التصاحب بين ممارسة نشاطات سارة، والمزاج الاكتئابى يؤدى إلى نتائج إيجابية فى خفض الأعراض الاكتئابية وتغيير المزاج الاكتئابى (Kazdine, 2000, P. 473).

والمزاج، هو تكامل في الانفعالات المصاحبة لإعادة تمثلنا لمواقف حياتنا الراهنة أو التالية فى بيئتنا، وهو ليس ناتجاً فقط عن هذا التمثل، بل ويؤثر فيه أيضاً (Schulz, 1999).

لذلك كان هدف العلاج السلوكى تشجيع المرضى على تنمية، وزيادة قدرتهم على ابتكار أحداث ونشاطات سارة أثناء أحداث الحياة اليومية. وفى

هذا السياق، تم استخدام أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية (مثل تدريبات تأكيد الذات) والتدريب على ممارسة بعض النشاطات السارة بانتظام، كعلاج مضاد للاكتئاب.

ومن أكثر العلاجات التى تم دراستها بشكل مكثف، هو العلاج المعرفي Cognitive therapy' الذى انطلق من أساس نظري مؤداه أن المعارف السلبية Negative cognitions عامل حاسم فى نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية. وترجع جذور العلاج المعرفى إلى "ألفريد أدلر Alfred Adler"، الذى أكد أن السلوك ينتج عن المعتقدات المشوَّهة. وقد تم تنمية وتطوير الأساليب المعرفية عن طريق ألبرت إليس Albert Ellis الذى أكد بدوره حاجة الأفراد لتغيير اتجاهاتهم غير الواقعية عن الحياة. وكان آرون بيك Aaron Beck هو أول من طبق قواعد معرفية أكثر تنظيماً على مرضى الاكتئاب، حيث أرشد المرضى إلى أن يختبروا توقعاتهم السلبية، وفحص أفكارهم ومعتقداتهم الذاتية الخاصة التى تعمل كخلفية لاتجاهاتهم واهتماماتهم المرضية. وقد أرسى بيك مصطلح المخطط Schema' حيث يعمل المخطط كما لو كان قالباً يتم من خلاله إدراك المعلومات الواردة وتفسيرها، ولدى مرضى الاكتئاب، مخططاتهم الخاصة بهم وهى عبارة عن نظرة سلبية عن الذات، والعالم، والمستقبل.

وإلى جانب العلاج المعرفى، والعلاج بين الشخصى، والعلاج السلوكى، فقد تم دراسة مدى كفاءة العلاج الأسرى، حيث تبين أن الصراع، والضغوط الأسرية، وفقد الأسرة، أو أحد أفرادها، تبدو كلها مرتبطة ببداية الأعراض الاكتئابية، وبالقابلية للانتكاس. واتضح كذلك أن أبناء المكتئبين أكثر احتمالاً للوقوع فى الاضطرابات النفسية مستقبلاً.

ومع هذا التقدم فى مجال العلاجات النفسية قرر المعهد الوطنى للصحة العقلية (NIMH) أن يختبر مدى كفاءة هذه الأساليب العلاجية المختلفة للاكتئاب، من خلال فحوص شاملة، ومتكاملة تتضمن عدداً من الأساليب

العلاجية المختلفة، وذلك فى بداية السبعينيات. ولهذه الدراسة أهمية خاصة فى هذا السياق نظراً لضخامة حجم عيناتها، حيث تم فيها المقارنة بين الأساليب العلاجية النفسية. وقد كان من ضمن النتائج المربكة للباحثين فى هذا الصدد، هو قلة وتدنى الفروق الجوهرية، أو عدم وجودها على الإطلاق وعدم دلالتها فيما يتعلق بكفاءة العلاجات النفسية المختلفة. وهناك تفسيران لهذه النتائج هما:.

١- أن معظم العلاجات النفسية تشترك فى بعض العناصر والأسس العامة، أهمها:.

أ- أنها موجهة لتشجيع المرضى على تغيير إدراكاتهم، وأفكارهم، ومشاركاتهم الاجتماعية، وتغيير تصوراتهم المركزية الأخرى المرتبطة بالاكتئاب.

ب- وأنها فى مجملها تستخدم منحى (فرد - لفرد) أو (واحد - لواحد) أى العلاقة العلاجية الفردية بين المعالج والمريض.

ج- وأنها فى مجملها تؤكد أهمية مشاركة المريض فى العلاج، ومحاولته إحداث تغيير فى سلوكه الاكتئابى فى فترة مبكرة من العلاج.

٢- وثانى هذه التفسيرات يفترض أنه بالنسبة لبعض الأشخاص، توجد علاقة تعزيزية متبادلة بين المعارف السلبية، والسلوك اللاتوافقى (مثل السلوك الانسحابى الاجتماعى) والتغيرات الكيميائية المخية، والعائد السلبى من البيئة، فهذه المتغيرات والعناصر قد يدعم بعضها بعضاً، وذلك فى شكل متناغم. وذلك يُعد ظرفاً غير طبيعى، لذلك فإن العائد الإيجابى المتكرر قد يكون هشاً بشكل ما، لكن مع إقامة علاقة علاجية جيدة وملائمة، وتقديم مساعدة مستديمة ومستمرة لتغيير أى من هذه الظروف غير الطبيعية، قد يؤدى إلى اختراق هذا التناغم السلبى .(Kazdin, 2000, pp. 169-177)

العلاج النفسي فى مقابل العلاج الدوائى:.

من أكثر المناحى البحثية تشويقاً، والذى يلقى اهتماماً خاصاً من قبل الباحثين، هو المقارنة بين كفاءة العلاجات النفسية، فى مقابل العلاج الدوائى، فأيهما يكون أكثر كفاءة فى إحداث تقدم وتحسن سريع للأعراض الاكتئابية؟ وأياً كان الأمر فلا يوجد اتفاق بين نتائج الدراسات فى هذا الصدد يمكن تلخيصه هنا، وذلك ينطبق أيضاً على التصاحب بين العلاجات النفسية، والعلاجات الدوائية، فلازال هناك تعارضٌ بين نتائج الدراسات فيما يتعلق بكفاءة أحدهما على الآخر، أو تصاحبهما معاً (Thase, 1999; Ibid, P. 171).

وفى هذا السياق يمكن طرح السؤال التالى، هل هناك دليل على كفاءة التصاحب أو التلازم بين العلاج الدوائى، والعلاج النفسى، وهل يدعم كل منهما الآخر عندما يستخدمان معاً؟ وللإجابة عن هذا السؤال، يمكن القول بأن التصاحب بين العلاج الدوائى، والعلاج النفسى قد يكون فعالاً بشكل عام، لكن ليس هناك بيانات ثابتة عن أيهما أكثر كفاءة من الآخر، فكلاهما يميل إلى أن يكون ذا كفاءة عالية. وعلى الرغم من أن هناك بحوثاً تسعى إلى تحديد أى نوع من الأفراد الذى يستجيب بشكل أفضل لأى من هذين النوعين من العلاج؟ وبصيغة أخرى أىٌّ من هذين النوعين من العلاج يكون مناسباً لأفراد بأعينهم دون أنواع أخرى من العلاج أو أفراد آخرين؟. فإنه لا توجد نتائج نهائية حاسمة فى هذا الصدد يمكن إبرازها فى السياق الراهن، ولكن من المحتمل أن تحدد حدة الأعراض الاكتئابية، مع بعض المتغيرات الأخرى الكفاءة النسبية لأى من هذين النوعين من العلاجات. (Ibid, P. 168).

وقد أوصت منظمة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) بأن يتضمن علاج الاكتئاب ثلاثة مستويات من التدخلات العلاجية، وذلك تبعاً لشدة الأعراض. فقد يستخدم العلاج الدوائى فقط للحالات الحادة الشديدة،

أو قد يستخدم أياً من العلاج الدوائى فقط، أو العلاج النفسى فقط، أو تصاحبهما معاً للحالات التى تتراوح بين الاكتئاب البسيط، والمتوسط (Wagstaff, et al., 2002). وفيما يتعلق بكفاءة أحد هذين الأسلوبين العلاجيين في علاج الاكتئاب أو تصاحبهما معاً، فما زالت نقطة خلاف، وتحتاج إلى مزيد من البحوث (Judith Beck, 1990).

وما يهمنا فى هذا السياق هو العلاج المعرفى السلوكى، حيث يمثل محور اهتمام كتابنا الراهن.

يشير "بيك" إلى أن العلاج المعرفى السلوكى، يقلل من الأعراض الاكتئابية عن طريق تعديل العمليات المعرفية للمريض، وأن كل التدخلات المعرفية تحاول إحداث تغيير فى التفكير، ولكنها فى الوقت نفسه لا تغفل الخبرات السابقة للفرد، وأن الطريقة التى يدرك بها الفرد، أو يفسر بها الأحداث التى يمر بها، هى التى تحدد استجابته، فالتفكير يؤدى دوراً أساسياً فى تحديد السلوك، وإثارة الانفعالات، لكن التفكير نفسه يتأثر بالمزاج، وتتابع الأحداث الحياتية.

وتفترض النظرية المعرفية، أن التفكير يؤدى دوراً سببياً (عند تفاعله مع بعض الأحداث، والعوامل الأخرى) فى نشأة واستمرار بعض الإضطرابات النفسية، لذلك يجب أن يستخدم ضمن الأساليب العلاجية لهذه الأمراض (Hollon & Beck, 1994 P.P 428 - 429).

والعلاج المعرفى السلوكى، يعمل على تعليم المريض كيفية تحديد، وتعديل الأفكار السلبية، والسلوك الذى يتبع هذه الأفكار. ويمكن أن يستخدم العلاج المعرفى السلوكى (فى كثير من الحالات) كبديل جيد للعلاج الدوائى، والعلاج الدوائى هو علاج ميسر، ومكمل للعلاج المعرفى السلوكى، إلا أن هذا الأخير له القدرة على حماية المرضى من الانتكاس على المدى البعيد (Klark, et al., 1990; Lotto, 1996; & Overhosler, 1997).

وأُجرى عديد من الدراسات للمقارنة بين كل من العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى وأيهما أكثر كفاءة فى تحسين وشفاء أعراض الاكتئاب. وأظهرت النتائج تفوق العلاج المعرفى السلوكى، على العلاج الدوائى بشكل دال فى علاج الاكتئاب، وأن إضافة العلاج الدوائى إلى العلاج المعرفى السلوكى لم يؤد إلى زيادة التحسن بشكل دال (D. Stainbraeck, et al., 1984; Dujovne, 1993; Stavynski, et al., 1994; Murphy, et al., 1995; Martin, 1996; (Nalini, et al., 1997; & Segal, et al., 1999.

وأظهرت نتائج دراسات عديدة أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى أو العلاج الدوائى يؤدى إلى شفاء الاكتئاب، ولكن التأثير الأكبر للعلاج الدوائى يكون فى تحسين وشفاء الأعراض الجسمية، أما العلاج المعرفى فيكون تأثيره على الجوانب المعرفية بدرجة جوهرية عما هو الحال لدى المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، كما كان للعلاج المعرفى السلوكى التفوق فيما يتعلق بتقليل احتمالات الانتكاس.(Mandell, 1987; (Bowers, 1987; Segal & Welliams, 1999; Hautzinger, 1993; & Ludgate, 1995.

ويشير كازدين Kazdin إلى أن كفاءة أى من العلاجات الدوائية، أو العلاجات النفسية عموماً، قد تختلف تبعاً لطول فترة العلاج، وشدة الأعراض (Kazdine, 2000, p. 171).

وهناك عدة تضمينات يمكن طرحها، من خلال الدراسات المقارنة بين كفاءة كل من العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى فى شفاء الاكتئاب وهى:.

١- أن التصاحب بين الأساليب والتدخلات المعرفية، والعلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب، لا يعد صعباً.

٢- وأن العلاج المعرفى السلوكى، قد لا يكون مجدياً فى علاج الحالات الحادة.

٣- وأن العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب، قد يساعد فى تقليل احتمالات الانتكاس سواء أكان يستخدم منفرداً أم مصحوباً بالعلاج الدوائى.

٤- وأن هذا المنحى من الدراسات لا يزال فى حاجة إلى مزيد من الدراسات والبحوث التجريبية، أكثر ضبطاً وثباتاً (Hallon, et al., 1991 & Ibid, pp. 168-171).



الفصل الثانى

الاكتئاب

طبيعته وأعراضه والنظريات المفسرة له

التعريف.

الاكتئاب مرض يصعب تعريفه. إلا أن هناك عدة محاولات تمت صياغتها لوصف هذا المصطلح، يبدو فى بعضها الاكتئاب ببساطة أنه الشعور بالحزن، بينما يبدو فى بعضها الآخر أنه حالة مزاجية غير طبيعية؛ فهو إما عرض أو زملة أعراض عيادية مرضية، أو هو عملية مرضية مستقلة. (Nezue, et .al., 1989, p. 4)

ويتفق هذا الرأى مع ما أشار إليه ميلر وروسلينى وسليجمان (Miller, Rossellini & Seligman, 1996) من أن الاكتئاب لم يتم تعريفه جيداً، وذلك لأننا بحاجة إلى نموذج يستوعب طبيعته المرضية متعددة الأوجه والأعراض.

وتتلخص الصعوبة فى تعريف المصطلح فى قضيتين مهمتين: القضية الأولى، وتتمثل فى التداخل بين التعريف والأعراض؛ فغالباً لا يستدل على المرض إلا من خلال الأعراض الواسمة له، أو زملات مرضية معينة، لذلك فعند محاولتنا وضع تعريف شامل جامع مانع للاكتئاب، فإننا فى الأصل نتحدث حول أعراض مختلفة، ونورد زملات مرضية متصاحبة.

أما القضية الثانية فتتمثل فى أنه لا يوجد نمط واحد أو نوع واحد من الاكتئاب، كما تتداخل الأعراض الخاصة بكل نوع منها مع النوع أو النمط الآخر عند التشخيص، إلا أن ذلك لا ينفى وجود تمايز فى جوانب عدة تساعد فى التشخيص الجيد لنوع ما محدد من الاكتئاب فارقاً إياه عن غيره من الأنواع الأخرى. وقد تتعلق هذه الجوانب بشدة الأعراض أو ببدايتها أو بمسار المرض، أو بالمآل أو بالاستجابة للعلاج. (Ingram, 1994).

وعلى الرغم من صعوبة تعريف الاكتئاب فإن هناك عدة محاولات تصدت لتعريفه: فقد أشار "أوليرى وويلسون" O'Leary & Wilson إلى أن الاكتئاب "يعبر عن استجابة عادية، تثيرها خبرة مؤلمة، كالفشل فى علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شئ مهم مثل العمل، أو وفاة غالٍ. وما يميز هذا النوع

العادى من الاكتئاب أنه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد عن أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرهوناً بالموقف أو بالحدث الذى أثاره" (من خلال: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ١٧).

ويورد عبدالستار إبراهيم تعريفاً مفاده "أن الاكتئاب يتضمن عدداً من الأعراض Symptoms تتمثل فى: الانهباط والكدر، وضعف مستوى النشاط، والخمول، والشعور بتثاقل الأعباء، والشكاوى الجسدية والآلام العضوية، وتوتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر الذنب، واللوم المرضى للنفس، والإدراك السلبى للبيئة، والتفكير الانهزامى".(المرجع السابق).

وفى هذا السياق يشير "إنجرام Ingram, 1994" إلى أن الاكتئاب "هو مصطلح يستخدمه الأفراد غالباً لوصف انفعالاتهم عندما يشعرون بالحزن Sadness' أو بالانهباط Destress مثل قول الفرد مثلاً "أنا مكتئب اليوم". ويوضح إنجرام أن المصطلح يمكن إطلاقه على اضطراب نفسى مزاجى بسيط، وعلى أقصى تطرف لهذا البُعد، فيمكن أن نصف به مرضاً نفسياً Psychiatric disorder حيث لا يستطيع الفرد أن يؤدى وظائفه اليومية، أو أن يكون فعالاً كما يجب. ويشير أيضاً إلى أن المتخصصين يستخدمون المصطلح بمستويات مختلفة فهو يستخدم على أنه عرض، أو زملة أعراض مرضية Syndrome' أو فئة تصنيفية مرضية Nosological disorder ؛ فالاكتئاب قد يكون عرضاً عندما يوصف الفرد بأنه حزين، وقد يكون زملة أعراض مرضية عندما يمثل مجموعة من الأعراض، والعلامات التشخيصية التى تتجمع معاً مثل (الحزن والتصورات السلبية حول الذات، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام). والزملة الاكتئابية نفسها هى عجز مرضى يمثل اضطراباً نفسياً. ويمكن أيضاً أن تظهر فى صورة ثانوية على أنها عرض لأمراض نفسية أخرى.

أما فيما يتعلق بالنظر إليه بوصفه فئة تصنيفية Clasification category' فنجد أن الإجراءات التشخيصية Diagnostic procedures الدقيقة تتطلب استبعاداً لأى فئات تصنيفية أخرى تتداخل مع التشخيص الراهن، لذلك يجب أن يوضع

فى الاعتبار أن تفرد التشخيص سوف يمايز بين التغيرات الأخرى المرتبطة بالمرض، ومساره، ومآله، وأيضاً ما يتعلق بالاستجابة للعلاج؛ فمثلاً لو أن لدينا شخصين، كلاهما تتوافر لديه الأعراض الخاصة بتشخيص الاكتئاب؛ فإن أحدهما الذي تتوافر لديه الأعراض الخاصة بتشخيص مرض الفصام الهذائى Paranoid schizophrenia أيضاً، فإننا سوف نستبعده من الفئة التصنيفية الخاصة بالاكتئاب (Ingram, 1994).

وبناء على التصورات السابقة يمكننا تصور الاكتئاب على أنه:.

"مصطلح يطلق لوصف حالة مزاجية تتسم بعدد من الخصائص والأعراض مصحوبة بعدد من الاضطرابات فى الجوانب المعرفية والاجتماعية، والجسدية. وهى حالة متدرجة الشدة، تبدأ بمظاهر اضطراب بسيط يتضمن الشعور بالانهباط، والكدر، واليأس، وتعكر المزاج، وتزداد حدة هذه الأعراض لتصل بالشخص إلى محاولة التخلص من الحياة. وتبعاً لاختلاف حدة الأعراض، واتساعها، والمدى الزمنى لها، فإن هناك عدة أنماط من الاكتئاب تتراوح ما بين البسيط، والمتوسط، والحاد، والمزمن، ولا يتضمن ذلك الحالات العابرة من الحزن الناتجة عن أسباب حياتية معينة تزول بزوالها".

التصنيف، والتشخيص، والأعراض:.

عندما نأتى للتصنيف Classification والتشخيص Diagnosis والأعراض، فإننا لسنا بحاجة لاستعراض مختلف وجهات النظر، وذلك لوجود دليل يجب الرجوع إليه عند وصف وتشخيص حالة طبية نفسية بوجه عام، وليس الاكتئاب فقط، وذلك ينطبق على كل من الأطباء النفسيين، أو الاختصاصيين النفسيين العياديين على حد سواء. والدليل الأكثر استخداماً هو الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) والصادر عن رابطة الطب النفسى

الأمريكية، وذلك فى مراجعاته المختلفة وأحدث مراجعة لهذا الدليل هى المراجعة الرابعة الصادرة عام ١٩٩٤. لذلك آثرنا الرجوع إليه مباشرة لمعرفة تصنيف وأعراض، وتشخيص أنواع الاكتئاب.

ويُصنف الاكتئاب تحت فئة اضطرابات المزاج Mood disorders' والقسم الخاص بالاضطرابات المزاجية فى دليل التشخيص، يتضمن كل الاضطرابات التى يكون فيها اضطراب المزاج هو الملمح أو الصورة السائدة فيها. وتنقسم اضطرابات المزاج إلى ثلاثة أقسام هى:.

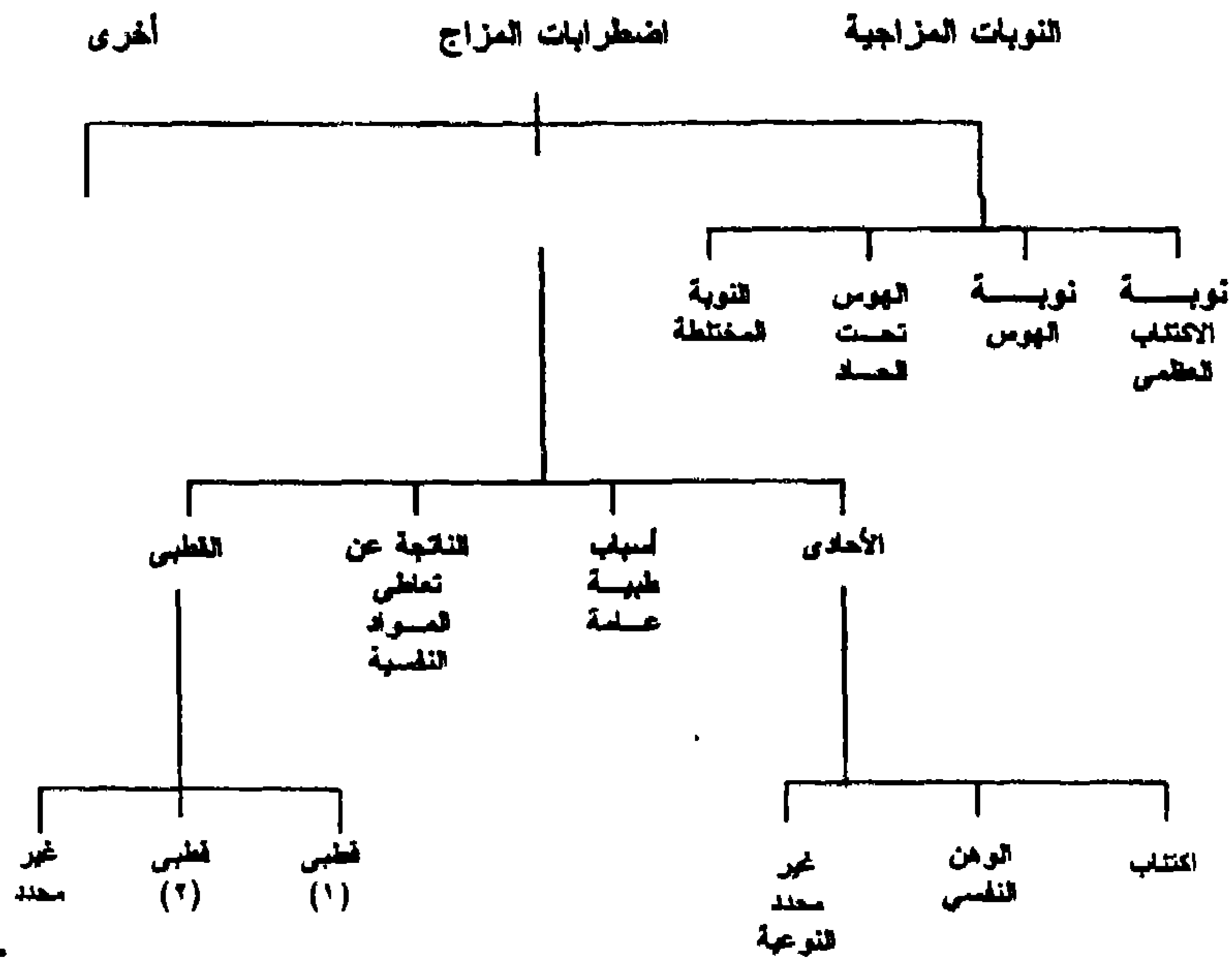
القسم الأول: وهو خاص بوصف النوبات المزاجية Mood Episodes' مثل نوبة الاكتئاب العظمى Major depressive episode ونوبة الهوس Manic episode' والنوبة المختلطة Mixed Episode' ونوبة الهوس الخفيف (تحت الحاد) Hypomanic episode' وهى تصف مختلف الاضطرابات المزاجية. وهذه النوبات، ليس لها رموزها التشخيصية المستقلة ولا تستخدم بهويتها المستقلة فى التشخيص، بل هى تخدم تكوين فئات بنائية لتشخيصات مرضية.

القسم الثانى: ويصف اضطرابات المزاج (مثل: اضطراب الاكتئاب Major depressive disorder والوهن النفسي Dysthmic disorder' والاضطراب القطبى)والمحكات التشخيصية فى هذا الصدد، تختبر معظم الاضطرابات المزاجية المتطلب وجودها، أو غيابها فى النوبة الاكتئابية التى تم وصفها فى القسم الأول.

القسم الثالث: فيشتمل بوجه خاص على وصف النوبات المزاجية الحديثة، أو مسار النوبات، والنوبات المعاودة.

وتنقسم الاضطرابات المزاجية بدورها إلى: الاضطرابات الاكتئابية (الاكتئاب الأحادى)، والاكتئاب القطبى، ونوعين آخرين يعتمدان على المنشأ وهما: اضطرابات المزاج التى ترجع إلى أسباب طبية عامة، أو إلى سوء استخدام المواد النفسية Substance – Induced mod disorder'

والاضطرابات الاكتئابية (مثل: الاكتئاب، والوهن النفسي، والاكتئاب غير المحدد) تختلف عن الاضطرابات القطبية بأنه لا يوجد تاريخ سابق على الإطلاق لوجود نوبة هوس أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوسية تحت حادة. كما أن الاضطرابات القطبية (مثل: الاضطراب القطبى الأول، والاضطراب القطبى الثانى، والاضطراب الدورى Cyclothymaic disorder وكذلك غير المحدد Bipolar disorder not otherwise specified) تشير إلى تاريخ لوجود نوبات مختلطة، أو هوسية، أو هوسية تحت حادة، وتكون عادة مصحوبة بنوبة من الاكتئاب (DSM-IV, 1994, p. 317). وفيما يلى شكل يوضح تصنيف الاضطرابات المزاجية.



شكل (١) يوضح تصنيف الاضطرابات المزاجية ووضع الاكتئاب فى التصنيف.

الأعراض والتشخيص:.

عندما نتحدث عن أعراض الاكتئاب، فإننا نتحدث عن زملة من الأعراض المرضية والتى قد تتوفر كلها أو بعض منها فى حالة المريض المكتئب، وهذه الزملة المرضية واحدة سواء بالنسبة للنوبة الاكتئابية الأحادية أو المعاودة، أو فيما يتعلق بالاكتئاب الحاد، أو المزمن. وأياً ما كان النمط الاكتئابى الذى نتحدث عنه، فإن الاختلاف بين نمط وآخر يكون راجعاً إلى عدد من العوامل، والمتغيرات التى تُعد محكات تشخيصية يتم الرجوع إليها والاعتماد عليها عند تشخيص الحالات المرضية (كما سيرد ذلك لاحقاً). وقد أورد دليل التشخيص الإحصائى للأمراض النفسية، والصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية، فى طبعته الرابعة، عدداً من الأعراض الواسمة لمرض الاكتئاب على النحو التالى:.

١- انهباط المزاج Depressed mood غالبية أوقات اليوم، وبصورة يومية متكررة تقريباً، ويتم التعبير عنه بالتقرير الذاتى للفرد (مثل أنا أشعر بالحزن، أو أنى فارغ)، أو يلاحظه الأفراد الآخرين (مثل: إنه يبدو باكياً)، وقد يكون ذلك لدى الأطفال والمراهقين فى صورة مزاج غير مستقر وسهل الاستثارة Irritable mood.

٢- نقص ملحوظ فى الاهتمام أو السرور Diminshed interest or pleasure منسحباً على كل أو بعض النشاطات طوال اليوم أو معظمه، وبصورة يومية تقريباً.

٣- فقد جوهرى للوزن Weight loss فى حالة عدم الأكل، أو زيادة الوزن Weight Gain (مثل: تغير وزن الجسم بما يعادل ٥٪ من الوزن الأصلى فى خلال شهر)، مع نقص الشهية Decrease appitite' أو زيادتها Increase appitite وبصورة يومية تقريباً.

٤- الأرق Insommia' أو زيادة النوم Hypersomnia يومياً تقريباً.

٥- انخفاض النشاط Psychomoter retardation الحركى أو زيادته Psychomoter agitation يومياً تقريباً (ويكون ملحوظاً من قبل الآخرين، ولا يوجد شعور ذاتى بعدم الراحة أو البطء).

٦- التعب Fatigue` وفقدان الطاقة Loss of energy يومياً تقريباً.

٧- الشعور بعدم الفائدة Worthlessness` والشعور المفرط أو المبالغ فيه بالذنب (الذى قد يكون هذائياً) تقريباً كل يوم (وهو لوم الذات والشعور بالذنب لمجرد كونه مريضاً فحسب).

٨- نقص القدرة على التفكير، أو التركيز، وعدم الحسم Indecisiveness` كل يوم تقريباً (سواء عن طريق الملاحظة الذاتية أم ملاحظات الآخرين).

٩- تكرار أفكار الموت (ليس مجرد الخوف من الموت) وتكرار ومعاودة الأفكار الخاصة بالانتحار بدون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو وجود خطة محددة لتنفيذ الانتحار Suicidal idiation.) (DSM-IV, 1994, p. 327.

وتمثل الأعراض السابقة الزملة المرضية للنوبة الاكتئابية العظمى، وليس من الضرورى أن يشكو المريض منها جميعها حتى نحكم عليه ونقوم بتشجيعه، بل قد يوجد بعضها دون بعضها الآخر فى معظم الحالات، وذلك إلى جانب عدد من المحكات الأخرى.

وبتحليل مضمون الأعراض السابقة نجد أنها تتوزع على عدة محاور هى:.

أ- الأعراض المزاجية.

ب- والأعراض الجسمية.

ج- والأعراض السلوكية. .

د والأعراض المعرفية.

التشخيص:.

يلزم عند تشخيص أى نمط من مختلف أنماط الاكتئاب، الاعتماد على عدد من المحكات التى قد تدعم تشخيصنا لأحد هذه الأنماط أو تدحضه؛ وهذه المحكات هى:.

١- وجود الأعراض الدالة على حالة الاكتئاب.

٢- والمدة الزمنية للأعراض.

٣- ومدى حدة الأعراض.

٤- ومدى إتساع الأعراض وشمولها لجوانب حياة الشخص المختلفة.

٥- واستبعاد الأسباب الطبية التى قد تكون مسببة للأعراض.

٦- واستبعاد آثار المواد المخدرة، والأعراض الانسحابية لها.

٧- واستبعاد الأعراض التى قد تصف أنواعاً أخرى من اضطرابات المزاج، كنوبات الهوس، والهوس تحت الحاد ، والنوبات المختلطة.

وحتى لا تستغرقنا الأنواع المختلفة للاكتئاب، واضطرابات المزاج عموماً، فسوف نستعرض المحكات التشخيصية لكل من: نوبة الاكتئاب العظمى، أو اضطراب مرض الاكتئاب أحادي النوبة.

أولاً: المحكات التشخيصية لنوبة الاكتئاب العظمى:.

يتم التشخيص وفقاً لعدد من المحكات هى:.

أ- وجود خمسة (أو أكثر) من الأعراض السابقة خلال المدة الزمنية نفسها والمحددة بأسبوعين، مع وجود تغير فى المستوى الوظيفى السابق فى واحد على الأقل من الأعراض التالية: المزاج الاكتئابى (الانهباط)، وفقدان الاهتمام والاستمتاع. وليس شرطاً معرفة مصدر هذه الأعراض، وهل تعود لأسباب طبية عامة أم لوجود هلاوس وهذاءات.

ب- ألا تنطبق على الأعراض محكات تشخيص النوبة المختلطة.

ج- تسبب الأعراض أسىً وكرباً بصورة مرضية، أو اضطراباً في النواحى الاجتماعية، والمهنية، أو أى نواحي وظيفية أخرى مهمة.

د- لا ترجع الأعراض إلى أى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (مثل سوء استخدام الأدوية، والمخدرات)، أو أى ظروف طبية عامة (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية Hypothyroidism).

هـ - يجب ألا تؤخذ هذه الأعراض بعين الاعتبار فى حالة فقدان عزيز، مثل فقدان شخص يحبه، إلا إذا استمرت هذه الأعراض لمدة أطول من شهرين، أو اتسمت باضطراب وظيفى ملحوظ، أو وجود مشاعر عدم الفائدة والأهمية، والأفكار الانتحارية والأعراض الذهانية، أو تدهور النشاط.

ثانياً: المحكات التشخيصية لمرض الاكتئاب أحادى النوبة.

أ- وجود نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى.

ب- لا تحسب النوبة ضمن اضطراب الفصام الوجدانى Schizoaffective disorder ولا تتضمن أعراض الفصام، أو الاضطراب الهذائى Delusional disorder أو الاضطراب الذهانى غير المحدد.

ج- لا يوجد على الإطلاق نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس تحت حاد.

ملاحظة: لا يطبق هذا الاستبعاد لو جاءت النوبات شبه الهوسية أو شبه تحت الهوسية أو شبه المختلطة، نتيجة تعاطى بعض المواد أو الأدوية، وأيضاً إذا كانت راجعة إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة أو ظروف طبية عامة. (DSM-IV .pp. 327-344)

التشخيص الفارق:.

يقصد بالتشخيص الفارق Differential diagnosis للمرض، تمييزه عن غيره من الأمراض الأخرى، والتى قد تتشابه أعراضها مع أعراض المرض، أو التى تنتج أعراض الاكتئاب لأسباب مختلفة عن المحكات الواصفة والمميزة للتشخيص الأساسى للمرض. وهذا التمييز والتفرقة بين المرض وما يشابهه من أمراض أخرى يهدف إلى زيادة كفاءة التشخيص من ناحية، ومن ناحية أخرى يؤدى إلى زيادة كفاءة وصف الأدوية والعلاجات، ويؤثر أيضاً على مآل المرض.

وسنعرض باختصار لبعض الأمراض النفسية التى قد ينتج عن المعاناة منها بعض أعراض الاكتئاب والتى يجب التمييز بينها وبين الاكتئاب عند التشخيص:.

إن نوبة الاكتئاب العظمى فى اضطراب الاكتئاب يجب أن يتم تمييزها عن اضطرابات المزاج التى ترجع إلى ظروف طبية عامة. ويكون التشخيص لاضطرابات المزاج هو أنها ترجع لظروف طبية عامة كما لو كان اضطراب المزاج هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف مرضى معين (مثل: التصلب المتناثر Multiple sclerosis' والسكتة الدماغية Stroke' وانخفاض هرمون الثيرويد)، ويعتمد ذلك على التاريخ السابق، والفحوصات المختبرية، والطبية الجسدية.

ويعتمد التمييز بين المواد التى تسبب اضطراب المزاج Substance-indused mood disorder' وبين نوبة الاكتئاب العظمى فى اضطرابات الاكتئاب، على حقيقة مؤداها أن المواد المؤثرة فى الأعصاب (مثل: المخدرات والأدوية والتعرض للسموم) تسبب اضطرابا فى المزاج، فالمزاج الاكتئابى الذى يظهر فى سياق الأعراض 'الانسحابية للكوكايين، سوف يشخص على أنه اضطراب مزاجى ناتج عن الكوكايين Cocaine-induced mood disorder مع أعراض اكتئابية ظهرت مع الانسحاب.

ويتم التفرقة بين الوهن النفسي والاكتئاب على مستوى الحدة Severeity، والإزمان Chronicity، والاستمرار Persistence. ففى اضطراب الاكتئاب يجب أن يكون المزاج الاكتئابى موجوداً معظم أوقات اليوم، وتقريباً كل يوم، لمدة لا تقل عن أسبوعين، فى حين أن اضطراب الوهن النفسي يجب أن يكون موجوداً لأيام أكثر ولمدة لا تقل عن سنتين. والتشخيص الفارق بين الاكتئاب، والوهن النفسي يواجه صعوبة كبيرة ويرجع ذلك إلى أن كلا النوعين من الاضطراب ذا أعراض متشابهة والاختلاف بينهما يكون فى البداية Onset، ومدى المعاناة Duration، والاستمرار، والحدة، وهذه المتغيرات قد يكون من الصعب تقييمها بدقة بطريقة استرجاعية.

والتمييز بين الفصام الوجدانى، واضطراب الاكتئاب ذى الملامح الذهانية أو المصحوب بأعراض ذهانية Major depressive disorder with psychotic features يكمن فى كون اضطراب الفصام الوجدانى يتطلب بالضرورة وجود أسبوعين على الأقل من الهلاوس والهذاءات التى تظهر فى غياب أى أعراض مزاجية واضحة.

وقد تظهر الأعراض الاكتئابية أثناء (أو مصاحبة) لأمراض الفصام، والاضطراب الهذائى والاضطرابات الذهانية غير المحددة. وأيا ما كان الأمر ففى حالة انطباق المحكات التشخيصية الكاملة للنوبة الاكتئابية العظمى، فقد يضاف تشخيص اضطراب الاكتئاب غير المحدد إلى التشخيصات السابقة.

وفى حالة المرضى كبار السن يكون من الصعب غالباً تحديد ما إذا كانت الأعراض المعرفية (مثل: فقدان التوجه، والتبلد، ونقص التركيز، وفقد الذاكرة) ترجع إلى الخرف Dementia، أو إلى نوبة اكتئاب أساسية فى اضطراب الاكتئاب. وقد يتحدد هذا التشخيص الفارق بواسطة فحوصات طبية شاملة، مع الأخذ فى الاعتبار بداية الأعراض، ومسار المرض، والاستجابة للعلاج.

وقد تساعد الحالة العامة للفرد قبل المرض فى التفرقة بين الاكتئاب والخرف. (DSM-IV, 1994 pp. 342-344) .

استعرضنا فيما سبق بعض الجوانب المختلفة للاكتئاب، وذلك من خلال عرض التعريفات، والأعراض، والتصنيف، والمحكات التشخيصية، والتشخصيات الفارقة للمرض، وذلك بهدف تحديد مجال اهتمامنا ، واستبعاد ما لا يشمله إطار اهتمامنا الراهن، لكننا لم نتعرض لمسببات، وتفسيرات منشأ المرض، وأعراضه المتعددة، على اختلافها وتداخلها وانضباطها أيضاً، الأمر الذى يملى علينا أهمية عرض النماذج والأطر النظرية المفسرة لنشأة وتطور، واستمرار الاكتئاب. وذلك على مدى الجزء المتبقى من هذا الفصل.

النظريات المفسرة للاكتئاب.

أولاً: النظريات الحيوية.

١ - المنحى الوراثي:.

تم دراسة العوامل الوراثية من خلال عدد من الدراسات فى اتجاهات مختلفة، منها: الدراسات الأسرية Family studies، ودراسات التوائم (المتطابقة Monozygotic (Identical) وغير المتطابقة (Dizygotic (Non identical)، ودراسات التبنى Adoption.

ويستند هذا المنحى إلى ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل فى شيوع الاكتئاب فى أسر دون أخرى، وقد أثبتت الدراسات الأسرية أنه حين يكون أحد الوالدين مصاباً باضطرابات المزاج، فإن نسبة ٣٠٪ من الأطفال يكونوا معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كلا الأبوين مصاباً فإن النسبة تتراوح بين ٥٠٪ - ٧٠٪.

وقد وجدت الدراسات المتعددة على الأقارب أن من لهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من اضطراب المزاج الاكتئابى الأحادى، يكون احتمال إصابتهم

بنسب تتراوح بين ٨- ١٨ مرة أعلى من الأقارب من الدرجة الأولى فى المجموعة الضابطة (الأسوياء)، وأيضاً نسبة تتراوح بين ٢- ١٠ مرات أعلى بالنسبة لاحتمال الإصابة بالاكتئاب.

أما بالنسبة لدراسات التوائم، فقد تبين أنه بين التوائم المتطابقة لو أن أحدها أصيب بالاكتئاب فإن احتمال إصابة الآخر يتراوح بين ١٥٪، و٢٠٪، أما بين التوائم غير المتطابقة فإن النسبة تتراوح بين ١٥٪، ٢٥٪.

أما بالنسبة لدراسات التبنى، فقد كشفت هذه الدراسات عن أن الأطفال لأبوين مصابين، لا يزالون معرضين لخطر الإصابة بشكل متزايد حتى لو كان تبنيهم داخل أسر سوية ولا يوجد بها إصابة بالمرض.

٢ – منحى العوامل الكيميائية الحيوية.

بدأت البحوث المبكرة فى منحى العوامل الكيميائية الحيوية Biochemical approach فى هذا الصدد، بالمقارنة بين الأسوياء و المكتئبين لمعرفة إمكانية وجود فروق بينهما فيما يتعلق ببعض الاختلالات فى العناصر الكيميائية بالجسم. وقد اكتسب هذا المنحى أهمية خاصة بعد أن اتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال فى توازن الصوديوم، والبوتاسيوم، حيث اتضح ارتباطهما بمشاعر عدم الراحة، وسهولة الاستثارة، وأن هذه العناصر تعود لمستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض. وقد أدت هذه النتائج إلى تكثيف البحوث فى هذا المجال.(Halgin & Whitbourn, 1993, PP. 196 – 198) .

ووفقاً لتطور هذا الاتجاه تم وضع ما يسمى بالتفسير الأمينى للاكتئاب، وهو يتعلق بالعناصر الأمينية Amines' وهى عناصر كيميائية يكثر وجودها فى الجهاز العصبى الطرفى Limbic system' حيث يؤكد علماء وظائف الأعضاء مسئولية هذه العناصر وعلاقتها بتنظيم الانفعالات، وهى عبارة عن موصلات عصبية Neurotransmetters' وظيفتها توصيل الرسائل القادمة، والعائدة من الأعصاب المختلفة. ويشير هذا الاتجاه إلى أن التوازن المزاجى،

يحتاج إلى توازن هذه العناصر الأمينية، وأن الاكتئاب ينتج عن نقص هذه العناصر، أو تعطل وظيفتها، فكيف تعمل هذه الموصلات؟

ونظراً لصعوبة الملاحظة المباشرة لطريقة عمل هذه الموصلات العصبية، فمعرفة طريقة عملها تم من خلال المقارنة بين الحيوانات والبشر الذين يتلقون الأدوية نفسها وأيضاً من خلال ملاحظة أرجاع المرضى للأدوية التى تؤثر على المستقبلات العصبية، وتم اكتشاف عمل هذه العناصر (الموصلات) على المشتبكات العصبية Synapse' وهى العنصر الأساسى المشترك بين الخلايا العصبية مثل التشابكية Presynaptic neurons' وبعد التشابكية Postsynaptic neurons' فالموصلات العصبية تتحرر من الخلايا قبل التشابكية، وتدخل إلى المركز التشابكى حيث تتناثر فى هذه المنطقة وتلتصق بالخلايا بعد التشابكية، وتتفاعل مع مستقبلاتها على سطح الخلايا، وهذا التفاعل يؤدى إلى إحداث تغير فى الخلايا بعد التشابكية فيما يتعلق بحساسيتها للاستجابة سواء بالزيادة أو بالنقصان. (Kaplan; sadock and, Grebb, 1994, PP. 518 – 522).

وهناك ثلاثة أنواع رئيسة من هذه الموصلات العصبية هى: النوربنيفرين، والسيروتونين، والدوبامين Dopamine' والخلل فى هذه الموصلات العصبية، يؤدى إلى الاكتئاب، حيث ترتبط الأمراض الاكتئابية بالقصور النسبى فيها، وزيادتها تؤدى إلى أعراض الهوس.

وهناك عدد من العناصر الكيميائية الحيوية الأخرى مثل الأدرينالين Adrenalin' والديكساميثازون Dexamethasone (وهو أحد أنواع الكورتيزون)، والهرمون الدرقى Thyroid' وهرمونات النمو Growth hormone. وقد أجريت عدة دراسات حول أهمية هذه العناصر، ومدى علاقتها بالاكتئاب، حيث اتضح وجود علاقة بين زيادة إفراز الكورتيزون والاكتئاب، وكذلك للهرمون الدرقى، وهرمونات النمو. ومن ناحية أخرى أوضحت مجموعة من الدراسات فى مجال اضطرابات النوم Sleep abnormalities' أن الأفراد المكتئبين يظهرون شذوذاً فى رسام المخ الكهربائى Electroencephalagram (EEG)' فيما يتعلق بنشاط المخ، وتوزيع النوم ذى حركات العين السريعة، حيث يتأثر إيقاع النشاط البدنى اليومى، وشذوذ هذا الإيقاع قد يسبب الاكتئاب. وقد تم

الإشارة إلى هرمون الميلاتونين Melatonin` الذى تفرزه غدة تسمى بالغدة الصنوبرية Pineal gland` والتى تتلقى أوامرها من شبكية العين. وقد تم اكتشاف أن المكتئبين عندما يتم تعريضهم للضوء بدرجة شديدة، ولمدة أطول فإنهم يتخلصون من بعض الاكتئاب (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص. ١٠١-١١١ Tollefson, 1993. PP 196 - 198; Ingram, 1994; Ingram and Price, 200; Halgin and Whitbourn, 1994; Kazdin, 2000, P. 475; Kaplan, Sadock and Grebb, 1994, .(PP. 518 - 522.

ثانياً: النظريات النفسية والنفسية الاجتماعية والمعرفية.

[١] التحليل النفسي:.

تبنى فرويد (Frued) وجهة نظر تسمى بالتحليل النفسي Psychoanalysis مؤداها أن الأمراض النفسية التى يصاب بها الفرد فى حياته بمراحلها المختلفة، بما فيها القلق والاكتئاب، هى فى واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة. وقد ابتكر فرويد مفهوماً فريداً وجديداً (وقت ظهوره) مفسراً به هذه الخبرات والصراعات، وهو مفهوم اللاشعور Unconsious` لكى يبرهن من خلاله على أن الأمراض النفسية التى يعانى منها الفرد فى مراحل حياته، ما هى إلا تكرار لاشعورى، رمزى، لكل ما حدث خلال السنوات الست الأولى من العمر. ولذلك فإن تفسيرات المريض لما يعانيه، ما هى إلا جزء صغير من هذه الخبرات، أما غالبية هذه الخبرات فلا زالت مدفونة فى اللاشعور، ولذلك فإن هدف العلاج فى التحليل النفسى هو كشف الدوافع اللاشعورية، ولأن هذه الدوافع تم كبتها منذ الطفولة، فلا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد، وتخيلاته والأخطاء التى يرتكبها عن غير قصد. وفى هذا السياق تم تفسير الاكتئاب على أنه نتاج للصراع بين الدوافع (الرغبات)، والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب والخسارة، وذلك فى العام الأول من العمر.

ولقد عبر أبراهام (Abraham) (وهو أحد تلامذة فرويد) عن الاكتئاب وفق نظريته التى تبناها حول العلاقة بالموضوعات التى نحبها فيما يسمى

بدراسة العلاقة بالموضوع Object relation فعندما لا يجد الشخص ما يلبى رغباته الجنسية المبكرة، وما يشبع حاجته للحب، فهو يشعر بالغضب والكراهية، والعداء حيال موضوع الحب. ولكن هذه المشاعر تتجه نحو الذات، وهذا مايعبر عنه بالاكتئاب؛ لذلك فالاكتئاب وفق هذه النظرة، ما هو إلا حنق وغضب موجه نحو الذات، نتيجة الإحباط وخيبة الأمل فى إشباع الحاجة للحب.

وقد كشف فرويد فى كتاباته عن كثير من أوجه الشبه والاختلاف بين الحزن العادى لفقدان موضوع الحب، والاكتئاب المرضى؛ فالاكتئاب عادة ما يحدث ويزداد حدة إثر وفاة عزيز أو فقدانه بالهجر أو بالخسارة، وهذه النوبات من الاكتئاب تعتبر نتيجة أساسية لمشاعر الذنب، وكأن الكراهية اللاشعورية هى السبب فى هذا الفقد أو الوفاة، مما يساعد بدوره فى مضاعفة مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلى واتهام الذات.

وعلى الرغم من اتفاق علماء التحليل النفسى فى نظرتهم للاكتئاب باعتباره حنقاً وغضباً موجهاً للذات، فإنهم يختلفون فى تحديد نوع الدوافع المحبطة، والمثيرة لهذا الحنق والغضب؛ فبينما يرى إبراهام أنها مرتبطة بالفشل في الإرضاء الجنسى، والحصول على الحب، يرى رادو "Rado" أن الاكتئاب ما هو إلا "حرفة بحث عن الحب"، ويصف فينخل "Fenichel" المكتئب بأنه "إنسان مدمن للحب".

أما التحليليون الجدد من أمثال بيبرنج "Bebring" فينظرون للاكتئاب نظرة أكثر شمولية ومعاصرة، حيث يرون أن الخاصية الأساسية الواسمة للاكتئاب تتمثل فى العجز عن تحقيق الحاجات، والطموحات، ويرون أن الحاجة للحب ما هى إلا إحدى حاجات ثلاث رئيسة، والتى تشمل الحاجة للقوة والأمان، والحاجة لمنح الحب؛ ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل فى إرضاء أى من هذه الحاجات.

ويرى بيك "Beck" ١٩٧٤، أن اعتماد النظرية التحليلية فى تفسيرها للاكتئاب على خبرات الطفولة المبكرة، يعتبر ثغرة خطيرة ومضللة، لأنها لم تضع فى اعتبارها تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية، إلا أنها بقيت فكرة رئيسة كان لها بعض الأثر فى إثراء البحث العلمى، وإلقاء الضوء على بعض الآليات والعوامل المرتبطة بالاكتئاب والمهيئة لظهوره مثل أثر الحرمان المبكر من الوالدين وآثاره العميقة فى إثارة مشاعر الاكتئاب. وقد لقيت هذه القضية اهتماماً خاصاً من جانب بعض الباحثين، وأيضاً قضية أخرى تتعلق بدور الدعم الاجتماعى Social support' والمؤازرة الوجدانية والتى تعطى دليلاً غير مباشر على أهمية العلاقة والرعاية الدافئة والمبكرة بين الطفل والوالدين، ومدى تأثيرها فى الوقاية من الاكتئاب (من خلال: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص.ص ٩٨- ١٠٠ ;Halgin & Whitbourn, 1994 PP. 261 - 262 Ingram, 1994; Kaplan; Sadok & Grebb, 1994, PP. 522-523 and Kazdin, 2000, p. 472).

[٢] أخطاء التعلم الاجتماعى والعجز المكتسب Learned Helplessness.

أجرى سيليجمان Seligman ومعاونوه فى السبعينيات من القرن الماضى سلسلة من التجارب القيمة للبرهنة على أن الاكتئاب استجابة متعلمة، وذلك عندما نتعامل مع مواقف مهددة للطأنينية والأمان ولا مهرب منها (المرجع السابق، ص ١٣٧).

وفى هذا السياق يشير ميللر، وسيليجمان، وروسلينى (Miller, Seligman & Rosselleni) إلى أن تعلم العجز يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلى Reactive depression' والذى يرجع إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباباً داخلية. ومصطلح العجز المتعلم (أو اكتساب اليأس) يحدث عند التعرض لخبرة منفرة، وغير متحكم فيها، وهذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات الهروب والتحاشى.وتتمثل الأعراض السلوكية الرئيسة للعجز المتعلم فى خلل بداية الاستجابة، وأيضاً تعلم أن الاستجابة والدعم شيئان مستقلان. وللمقارنة بين

الاكتئاب ونموذج العجز المتعلم يمكن النظر إلى أربع مناطق رئيسة متشابهة وهى: الأعراض، والأسباب، والعلاج، والوقاية. وقد يكون هذا التشابه غير منطبق على كل هذه المناطق الأربع، ولكن إذا ما تداخلت الظاهرتان فى منطقة واحدة منها، فيمكننا أن نختبر النموذج لبقية المناطق الأربع، فلنقل مثلاً أن العجز المتعلم لدى الحيوانات والبشر تنتج عنه أعراض متشابهة تمثل الاكتئاب التفاعلي.

ولو وجدنا أن العجز المتعلم يعالج بفعالية بتعريض الأفراد الاستجابات تنتج أو تثير الارتياح، فيمكننا أن نتنبأ بشفاء الاكتئاب أيضاً.

والاستجابات الفعالة فى إنتاج الدعم يجب أن تكون قضية مركزية فى العلاج الناجح، وذلك لأنه لم تتوقف التجارب على الحيوانات عند مستوى وصف الظروف التى تؤدى إلى حالة اليأس والاكتئاب، بل تم وضع ملاحظات أيضاً عن الشفاء والعلاج. فقد كان العلاج للحيوانات ليس فقط بفك قيودها وفتح المجال لها للهرب بل كان يتم تعليمها وتدريبها على تكوين استجابة معارضة لليأس. وبالانتقال للإنسان فنجد أن من أسس العلاج ألا يكتفى المعالج بتوجيه النصح للمريض بالتغير، بل يحثه على تحقيق أقصى تقدم فى العلاج وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب لعدد من المرات، وذلك حتى يكتسب المريض عدداً من الحقائق والأساليب المشجعة على التغير الإيجابى والتغلب على الاكتئاب.

والفرض الأساسى فى نموذج العجز المتعلم أنه عندما تكون الصدمة غير متحكم بها 'Uncontrollable فإن الكائن يتعلم أن الاستجابة، وإنهاء الصدمة مستقلان عن بعضهما بعضا، والصدمة غير المتحكم بها لها ثلاثة تأثيرات هى:.

أ- تأثير دافعى Motivational effect'.

فعندما يتعلم الكائن (الشخص) أن الاستجابة ليس لها أى تأثير على الصدمة، أو إنهائها والتخلص منها، فهذا يعارض توقعاته، لذلك فإن دافعية الكائن لإصدار الاستجابة تقل نتيجة لخبرة الكائن بأن الدعم غير متحكم به.

ب) تأثير معرفى Cognitive effect'.

إن تعلم الكائن أن الاستجابة، والصدمة مستقلان يضاعف من صعوبة تعلمه أن الاستجابات يمكن أن تنتج الراحة، وذلك عندما يصدر الكائن استجابات تنهى الصدمة. وبوجه عام فإننا عندما نكتسب وجهة ذهنية معرفية Cognitive Set (جـ) مثلاً حيث أ س ليس لها علاقة بـ ب س، فإنه من الصعوبة أن نتعلم أن (أ س) تنتج (ب س) حتى لو كانوا كذلك. ووفقاً لفرض العجز المتعلم فإن هذه الآلية مسئولة عن صعوبة تعلم الشخص أن استجابته سوف تلقى دعماً، وذلك حتى عندما يستجيب بالفعل وتكلل استجابته بالنجاح، وذلك هو ما يطلق عليه التوقعات السلبية للاكتئاب Negative expectations.

ج) تأثيرات انفعالية Emotional effects'.

على الرغم من أن هذه التأثيرات لا تتبع مباشرة الفرض الأساسى لنموذج تعلم العجز، فإنه لوحظ أن الصدمات غير المتحكم بها لها تأثير انفعالى على الحيوانات، فهى تنتج انفعالات مشروطة مثل: الخوف، والقرح Ulcers' وفقدان الوزن، والألم وذلك بدرجة أعلى مما هى عليه بالنسبة للصدمات المتحكم بها.

وفى إشارة إلى وجود تأثيرات فسيولوجية، أشار عديد من الدراسات فى هذا الصدد إلى أن العجز المتعلم ينتج عنه - لدى الحيوانات المستخدمة فى التجارب الخاصة بهذا النموذج - تغيرات فسيولوجية يتم تخزينها؛ فقد وجدت تغيرات فى النوربنيفرين، وتغيرات فى الطاقة الخاصة بالكولين والنشاط

الكولينى Cholinergic activity فى أمخاخ هذه الحيوانات (Miller; Rasellini & .(Seligman, 1996, pp. 104-113

وبالرجوع إلى النموذج الخاص بالعجز المتعلم فإن الأشخاص عندما يدركون مواقفهم التى يمرون بها على أنها غير متحكم بها، فإنهم يبدأون فى عمل إعزاءات Attributions لتفسير وتوضيح أسباب عدم تحكمهم فى هذه المواقف أو بالأحرى تبريراً لعجزهم، ولدى الأفراد متعلمى العجز قد تكون هذه الإعزاءات داخلية (أى تعود على الخصائص الذاتية للشخص نفسه)، أو خارجية (أى أنها ترجع للبيئة)، أو عامة وكلية (تنطبق على كثير من المواقف)، أو خاصة (تنطبق فقط على مدى محدود من المواقف)، أو ثابتة (ممتدة عبر الوقت)، أو غير ثابتة (محددة بوقت معين)، لذلك فإن فقد تقدير الذات Loss of self esteem نظرياً، يظهر عندما يقرر الشخص أن عجزه يرجع إلى اضطراب، وعجز شخصى أكثر مما يرجع إلى أسباب ذات تأثيرات عامة على كل الأفراد فى هذه المواقف. وقد وجد أن الإعزاءات التى تتسم بالثبات، والعمومية (الكلية) والذاتية، للعجز أو الفشل، تنتج بشكل عام درجات أعمق من الاضطرابات الاكتئابية (Kazdin, 2000, pp. 473-474, V.2, p. 473 & Halgin, .& Whitbouhs, 1994, P. 268)

[٣] الضغوط النفسية وأحداث الحياة:.

يشير مفهوم الضغط النفسى Stress إلى أى تغير داخلى، أو خارجى من شأنه أن يؤدى إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة. أى أن الأحداث والظروف الخارجية مثل: ظروف العمل، والتلوث البيئى، والسفر، والصراعات الأسرية. مثلها مثل العوامل الداخلية من قبيل الإصابة بالأمراض والأرق، والتغيرات الهرمونية، وغيرها تمثل كلها ضغوطاً للفرد.

وترجع بدايات الاهتمام بدراسة موضوع الضغوط النفسية إلى تجارب هانزسيلياى ١٩٨٠ "Sely" حيث لاحظ أن المرضى يشتركون (برغم تعدد مصادر الشكوى لديهم) فى خصائص عامة متشابهة، وأعراض متماثلة

بالإضافة إلى أن هناك أعراضاً نوعية ترتبط بالمرض الخاص بكل منهم، فكل المرضى يعانون من ضعف الشهية، والوهن العضلى، وفقد الاهتمام بالبيئة. وقد أطلق على هذه الزملة "زملة الضغط العام" Common stress syndrome. وقد أطلق "سيلياى" على ما يظهره الجسم من تكيف، وتوافق مع هذه الضغوط اصطلاح "طاقة التكيف" Adaptation energy. وقد أثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدى تدريجياً إلى فقدان هذه الطاقة، وانهيارها. وتستجيب للضغوط أولاً الأعضاء الضعيفة من الجسم، فهى تكون مستهدفة بصورة أعلى من غيرها للإصابة بالمرض، وذلك يفسر التأثير النوعى للضغوط، وحقيقة حدوث أمراض دون غيرها لدى مختلف الأفراد (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص.ص١١٩ – ١٢٢).

ويشير كل من هالجين ووايتبورن (Halgin & Whitbourn, 1994)، وكابلان وسادوك (Kaplan & Sadock. 1997) إلى العلاقة بين أحداث الحياة والضغوط النفسية فيما يسمى "بأحداث الحياة الضاغطة" Stressfull life events تعتبر من أكثر النظريات حداثة فى تفسير الاكتئاب؛ حيث يرى بعض الباحثين أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدى دوراً مهماً فى بداية تفجر النوبة الاكتئابية خاصة إذا فقد المريض أحد أبويه قبل الحادية عشرة من العمر، أو فى حالة فقد الشريك (الزوج أو الزوجة) فى عمر متأخر عما سبق. ويرى هؤلاء الباحثون أنه بقدر ما ترتبط أحداث الحياة ببداية النوبة الاكتئابية، إلا أن دورها ثانوى من حيث مسئوليتها فى حدوث الاكتئاب واستمراره.

من ناحية أخرى، يرى بعض الباحثين أن لأحداث الحياة الضاغطة أهمية كبيرة سواء فى بداية الاكتئاب أو استمراره، وأشارت تقارير عدة إلى أن العوامل الحافزة على المرض داخل الأسرة تميل للبقاء حتى بعد شفاء المريض، لذلك فبقائها يؤثر على معدلات الشفاء، ويؤدى إلى معاودة الأعراض، والانتكاس، كما يؤثر بصورة سلبية على توافق المرضى اللاحق للشفاء (Kaplan & Sadock, 1994; pp. 522 - 523; Scott & Lunenihan, 1999; Paykel & Dowlatshahi, 1998).

ويشير "هالجين و وايتبورن" إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تعوق إمكانات الفرد للقيام بتنفيذ أنماط سلوكية آلية، ذات أهمية نسبية. وهذه السلوكيات الآلية الروتينية تسمى "الحوارات" Scripts' وهى مثل الروتين اليومى كأن يستيقظ الفرد، ويرتدى ملابسه، ويذهب للعمل، وهذا التعطل الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة يؤدى بالفرد لأن يكون منهبطاً ومكتئباً (Halgin& Whitbourn, 1994, pp. 262 - 265).

كما أنه ليس شرطاً أن ينشأ الاكتئاب كنتيجة آلية لوجود أحداث ضاغطة أو كوارث اجتماعية، أو نتيجة الفشل، أو الخسارة، فقد لا تؤدى هذه الأحداث الضاغطة بصورة آلية إلى الاكتئاب لدى كل الأفراد حيث توجد عدة عوامل يتوقف عليها مدى التأثيرات المختلفة للأحداث الحياتية الضاغطة، نذكر منها:.

١- تمارس أحداث الحياة الضاغطة تأثيرها بدرجة شديدة على الأفراد المنعزلين الذين يفتقدون إلى المساندة الوجدانية، والدعم الاجتماعى Social support' حيث أن شبكة العلاقات الاجتماعية الجيدة، والحياة الأسرية السليمة، والانتماء لجماعة من الأصدقاء تعمل ـ بشكل جيد ـ كحاجز واق من تأثيرات ضغوط الأحداث الحياتية المختلفة.

٢- تتوقف الاستجابة أو عدم الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة، على ما يتسلح به الفرد من مهارات اجتماعية Social skills' فذووا المهارات الاجتماعية الجيدة، ومن لديهم القدرة على تنمية وصقل وتطوير هذه المهارات، هم أكثر قدرة على مواجهة الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة المختلفة.

٣- يتوقف تأثير الضغوط على مدى إدراك الفرد لمستوى الخطورة الناتج عن الأحداث المختلفة، ومدى تأثيرها المباشر عليه، لذلك فالحدث الواحد قد لا يثير الاستجابة نفسها عند كل الأفراد بالدرجة نفسها.

٤- تؤدى الخبرات السابقة دوراً مهماً فى تفسير وإدراك الأحداث التى تواجهنا، وهذا التفسير إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً، فكلما زاد تعرض الشخص لمواقف وخبرات متشابهة، زادت قدرته على التعامل مع ما يواجهه من أحداث بشكل أكثر كفاءة (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨ ص.ص ١٣٣- ١٣٤).

[٤] نظرية التفاعل بين الشخصى:.

يركز منحى التفاعل بين الشخصي Interpersonal approach فى تفسير الاكتئاب على أنماط التفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله. حيث يرى عديد من الباحثين أن المكتئبين يحاولون الحصول على الدعم من الآخرين، وذلك بأن يسلكوا بطريقة تجعل الآخرين فى وضع يبذلون فيه الرعاية والاهتمام والدعم. وهذه السلوكيات يكون لها آثار متناقضة، وقد يؤثرون بشكل سلبى نتيجة تشاؤمهم Pissimism الثابت والدائم، وشعورهم المستمر بالذنب، ونقص مهاراتهم الاجتماعية على الأفراد الآخرين إذ يجعلونهم يستجيبون بشكل غير مساعد unhelpfull إما بالنقد أو الرفض، ويشعرون أيضاً بالذنب مما يدعم النظرة السلبية للعالم لدى المكتئبين، لذلك يسمى بعض الباحثين الاكتئاب بأنه مرض معدى Contagious (Ingram, 1994).

ويشير هذا المنحى إلى أن الفرد يفشل أثناء مراحل عمره المبكرة فى اكتساب المهارات اللازمة لتنمية وتطوير علاقات اجتماعية حميمة، مما يؤدى لاحقاً إلى الشعور باليأس Despair' والعزلة، كما يؤدى إلى حدوث الاكتئاب الذى يتم تثبيته واستمراره بواسطة فقر المهارات الاجتماعية. واضطراب التواصل الذى يؤدى إلى مزيد من الرفض من الآخرين، مما يؤدى إلى زيادة

وطأة الاكتئاب واستمراره وهكذا يقع المكتئب فى حلقة مفرغة من الاستجابات السلبية والعلاقات المضطرية (Halgine & Whitbourn, 1994, p. 268).

وقد أجرى ليفنسون وزملاؤه (١٩٧٤) سلسلة من الدراسات حاول خلالها التحقق من أن الفرد الذى يتقن مهارات اجتماعية متنوعة أثناء التفاعل الإيجابى مع الآخرين، وفى الوقت نفسه يحتل موقعاً فى العمل يحقق له الرضا، يكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية. وتبين من خلال سلسلة من التجارب أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم من الأسوياء. وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة شدة الاكتئاب، وتدهور أو قلة المهارات الاجتماعية، كما تبين أن المكتئبين يتفاعلون مع عدد أقل من الأفراد بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظى كما يتمثل فى حجم الكلام وطول الجملة وطريقة النطق يتأثر بالحالة الاكتئابية.

وقد حقق ليفنسون وزملاؤه نجاحاً ملحوظاً فى تطوير أساليب العلاج السلوكى للاكتئاب اعتماداً على الدعم الإيجابى للنشاط، وتنمية المهارات الاجتماعية، مع الدعم السلبى للسلوك الاكتئابى. وفى هذا الإطار حدد ليفنسون ثلاث مجموعات من العوامل التى تحدد مدى الاستجابة للدعم المحتمل وهى:

١- **مصادر الدعم المحتملة لدى الفرد Individual's potential reinforces:** وهى تتعلق بخصال ومميزات الفرد الشخصية، مثل عمره، وخصائصه الجسمية، وجاذبيته الاجتماعية، وانتماءاته القومية أو الجنسية أو كلاهما.

٢- **الإتاحة Availability:** وهى تتعلق بمدى ما يتوفر من مدعمات، نتيجة الوضع البيئى للفرد، كأن يكون من أسرة ميسورة أو بيئة فقيرة، أو بيئة آمنة، أو مهددة للأمن والحرية.

٣- **الرصيد السلوكى للفرد ومهاراته الاجتماعية:** حيث أن الشخص الذى يمتلك مهارات إيجابية متنوعة يكون أكثر إيجابية فى التفاعل مع الآخرين، وبالتالى يكون أقل عرضة للإصابة بالمرض النفسى (Halgin & Whitbourn, 1999, PP. 262 – 269).

ومن غير المعروف ما إذا كان اضطراب السلوك الاجتماعى (المهارات الاجتماعية) يعتبر نتيجة من نتائج الاكتئاب، أو أنه سبب لنشأته، والأغلب أن العلاقة بينهما أقرب ما تكون للعلاقة الدائرية، فالشخص المكتئب يجد نفسه عزوفاً عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعى الإيجابى، ويؤدى فشله فى ذلك إلى دعم اكتئابه، كما أن العكس صحيح، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية والفشل المتكرر فى تكوين علاقات اجتماعية إيجابية واستمرارها، يؤدى إلى مشاعر الإحباط والفشل والتعاسة، التى يتسم بها الاكتئاب (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨ ص.ص ١٥١ - ١٥٢).

وأيدت بحوث عديدة فكرة وجود جوانب للاكتئاب تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعى، مصدراً للضيق، والتعاسة؛ فالمكتئبون يتسمون بعدد من الخصال منها:.

١- الافتقار إلى الإيجابية فى المواقف الاجتماعية.
٢- والمعاناة من صعوبة شديدة عند بدء علاقة، أو المبادرة بالبدء فى تكوين علاقة جديدة.
٣- ويكون أقل تفاعلاً سواء بحجم الكلام، أو الأفعال المطلوبة فى المواقف المختلفة أو ملاءمة هذه الأفعال للمواقف، وطبيعة العلاقة فيها.
٤- والاتسام بالجمود، والتصلب، وفقر المهارات الاجتماعية الضرورية لإنجاح التفاعل الإيجابى واستمراره.
٥- والحساسية الشديدة عند الدخول فى مواقف تفاعل، بما فى ذلك حساسيتهم للرفض أو التجاهل من الآخرين.
٦- والعجز عن التعبير عن أنفسهم، أو مشاعرهم، أو الدفاع عن أنفسهم فيما قد ينسب إليهم من أخطاء وتصرفات.
٧- وعدم وجود علاقات حميمة Intimate relationships قوية ومستمرة.
٨- والميل للعزلة الاجتماعية Social isolation. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ١٠٣ - ١٥٤؛ Halgine & Whitbourn, 1994, PP. 262 - 269).

[٥] النظرية المعرفية:.

تعد النظرية المعرفية Cognitive theory من أكثر النظريات حداثة فى تفسير الاكتئاب؛ وقد تم صياغتها بواسطة أرون بيك "Aaron Beck" . وتفترض النظرية المعرفية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكاتهم للمواقف المختلفة وترتبط الطريقة التى يشعرون بها بالطريقة التى يفسرون بها المواقف المختلفة، فى حين أن الموقف فى حد ذاته لا يحدد مباشرة طريقة أو كيفية التعبير عن مشاعرهم، بل إن هناك عاملاً وسيطاً بين مشاعرهم وسلوكهم وهو إدراكهم للموقف (Ingram, 1994 & Judilk Beck, 1995, pp.1-2).

وهناك ثلاثة جوانب رئيسة للنظرية المعرفية، تمثل حجر الزاوية فيها:.

١- المخططات السلبية Negative schema.

٢- الثالوث المعرفى Cognitive triad.

٣- أخطاء التفكير Cognitive errors.

وسوف نتناول بشكل تفصيلى كلاً من الجوانب الثلاثة السابقة، مع توضيح كيفية إسهام كل منها فى نشأة الاكتئاب واستمراره.

أولاً: المخططات السلبية:.

والمخططات هى بناءات معرفية 'Cognitve structures تمثل أنماطاً من التفكير ثابتة، وطويلة الأمد. وهى تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابقة، وهى عملية نُظُم لمعلومات قديمة لها علاقة بالموقف الحالى، وتسهل عملية معالجة المعلومات الجديدة المتعلقة بالموقف، حيث تلفت الانتباه إلى هذه المعلومات اختيارياً، أو تحدد نوعاً معيناً من التصورات الخاصة بموقف معين. وبناءًا على ذلك فالمخططات تحدد الطريقة التى يتم من خلالها اختيار المعلومات المدركة، وأيضاً يتم تخزينها ومعالجتها وتذكرها أو استدعائها.

والاكتئابيون يميلون لتنمية مخططات سلبية تتكون من نظرة ثابتة، ازدرائية Pejorative. لأنفسهم وخبراتهم لذلك فهم يستجيبون للأحداث المحيطة بهم، وظروفهم بشكل ثابت ومستقل عما قد يظهر من تغيرات فى بيئتهم الخاصة.

وأشار بيك "Beck" إلى أن المخططات السلبية يبدأ تكوينها خلال سنى الطفولة والمراهقة، حيث يتعلم الطفل أن ينمى ويكون بناءات معرفية من خلال خبراته المبكرة مع أفراد آخرين يتعامل معهم ويمثلون أهمية كبيرة بالنسبة له (مثل الوالدين والأقران والمدرسين). وقد تؤدى خبرات معينة (مثل موت أحد الوالدين، والرفض المتكرر من الأقران، أو النقد اللاذع من المدرسين) إلى تكوين الاتجاهات 'Attitudes' والمعتقدات السلبية 'Beliefs' التى تنتج لاحقاً سوء التوافق 'Maladaptive' فمثلاً، قد ينمى الطفل المخطط التالى "لا فائدة مما أفعل، أو لن أكون مقبولاً من الآخرين". (Beck, 1995. pp. 15 - 19, .Ingron, 1994)

والمخطط يكون خارج الوعى، حتى يقابل الشخص ظروفاً أو أحداثاً ومواقف، وبشكل ما تكون جالبة للأفكار والظروف السابقة التى تم فيها تعلم وبناء المخطط أو المخططات. وتوظف هذه المخططات السلبية الاكتئابية فى تنظيم ومعالجة المعلومات عن الموقف الحالى، فالفرد يختار وينظم المعلومات فى فئات عن الموقف الراهن بشكل يتلاءم مع المخطط. وهذه المخططات السلبية تهيئ الفرد لأن يشوه الأحداث المحيطة، ويدرك سلبياً المواقف التى يمر بها ويفسرها تفسيراً مشوهاً ليبقى على النظرة السلبية للذات والبيئة والمستقبل .(Ingram, 1994; Nezu, et al., 1989 pp. 17 - 20 & J. Beck, 1995, pp. 15 - 17)

وقد حدد يونج "J. Young" مجموعة من المخططات التى أطلق عليها اسم "مخططات سوء التوافق المبكرة"، وقد حدد ستة عشر مخططاً من هذه المخططات، موزعة على ستة مجالات مختلفة هى:

أ) عدم الاستقرار وانقطاع الصلات:.

ويشيرمجال عدم الاستقراروانقطاع الصلات Instability and disconnection إلى توقعات الفرد بأن احتياجه للأمن والطمأنينة، والاستقرار، والرعاية، والانتماء لن تتحقق بطريقة يمكن التنبؤ بها فى سياق العلاقات الأسرية الحميمة، وحيث تكون الروابط الأسرية التقليدية، متقطعة ومتفجرة وغير قابلة للتنبؤ بها، أو أنها تكون فاسدة، أو أن المريض يدركها على هذا النحو السلبي على الرغم من أنها ليست كذلك. ومن أهم المخططات التى تندرج تحت هذا المجال ما يلى:.

١- **الهجر/ عدم الاستقرار Abandonment and instability**: وهو يمثل عدم الاستقرار المدرك، أو عدم مصداقية الأشخاص المحيطين بالشخص فى توفير وتقديم الدعم، والاتصال، ويتضمن ذلك إحساس الفرد بأن هؤلاء الأشخاص المهمين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار فى تقديم العون والاتصال والقوة والحماية، وذلك إما لأنهم غير مستقرين انفعالياً، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم، ولا مصداقية لهم، أو لأنهم قد يكونوا غير موجودين بالفعل مستقبلاً، وذلك لأن موتهم وشيك، أو لأنهم سوف يهجرون المريض ليرتبطوا بشخص آخر أفضل منه.

٢- **الشك (عدم الثقة)/ الاستقلال Intrust/ Blure**: ويعبر هذا المخطط عن توقع قيام الآخرين بالإيذاء، والاستقلال، والاحتقار، والغش، والكذب، والتآمر، واستغلال الفرص، ويتضمن ذلك إدراك الفرد بأن الأذى سيكون متعمداً، وغير مبرر وأنه قد يكون ناتجاً عن تطرف فى الإهمال. ويتضمن ذلك إدراك الفرد أنه دائماً ما يكون ضحية لخداع الآخرين، وإحساسه بالظلم.

٣- الحرمان العاطفى Emotional deprivation: ويتضمن توقع الشخص بأن الآخرين لن يحققوا رغبته، ولن يلبوا حاجته فى الحصول على درجة من الدعم العاطفى بشكل ملائم. ومن أمثلة ذلك.

أ- الحرمان من الرعاية: مثل غياب الانتباه، والعاطفة، والدفء والرفقة.

ب- الحرمان من الحماية: مثل فقدان القوة والاتجاه، وتوجيه الآخرين.

ج- الحرمان من الانتماء: ومنها فقدان تفهم الآخرين وإنصاتهم، وفقدان المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين.

ب) استقلالية معطوبة Impaired autonomy..

وهى تتعلق بتوقعات الفرد عن نفسه، وعن البيئة، وتتدخل هذه التوقعات مع قدرة الفرد الإدراكية على الانفصال، أو مواصلة الحياة، أو العمل مستقلا، وهى ترجع إلى أصول عائلية تقليدية ضاغطة ومشوهة لأحكام الطفل، أو مفرطة فى الحماية.

١- الاعتماد الوظيفى/ عدم الكفاءةFunctional dependence/ incompetence: وهو يمثل اعتقاد الشخص بأنه عاجز عن تحمل مسئولياته اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة ودون الحاجة لمساعدة جوهرية من الآخرين (مثال ذلك: الرعاية الذاتية لنفسه وحل مشكلاته اليومية، وإصدار الأحكام الصائبة، والقيام بمهام جديدة، واتخاذ القرارات السليمة والجيدة) وغالباً يتمثل ذلك بسلبية شاملة.

٢- الاستهداف للأذى والمرض Vulnerability to harm and illness: وهو توقع مبالغ فيه بأن كارثة سوف تقع فى أى وقت (كارثة طبيعية، جريمة، أو مرض أو كارثة مالية) وأن المرء لن يكون قادراً على حماية نفسه. وقد تتضمن مخاوف الشخص تعرضه لنوبة قلبية، أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب، أو الجنون، أو الإفلاس... وما إلى ذلك.

٣- الاحتواء/ الذات غير المتطورة Enmeshment/ undeveloped self: وهو نوع من التورط العاطفى الانفعالى المتزايد، والارتباط الوثيق بشخص جوهرى

أو أكثر، وغالباً ما يكون الوالدين، وذلك على حساب الاستقلالية الكاملة، أو الارتقاء الاجتماعى السوى، ودائماً ما يتضمن الاعتقاد بأنه لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة دون الحصول على الدعم الدائم من الآخرين، أو الشعور بأنه مندمج مع الآخرين وتختبر على أنه شعور بالخواء Emptiness والتخبط Floundering.

ج) عدم المرغوبية Undesirability:.

ويمثل هذا المخطط توقعات الشخص بأنه لن يكون مرغوباً، أو أنه مختلف عن الأفراد الآخرين فى بعض الخصال مثل: الجاذبية الجسمية، والمهارات الاجتماعية، والجدارة الأخلاقية، والتكامل الأخلاقى، والشخصية المثيرة للشغف، والوظيفة، والإنجاز، والقيم، والاهتمامات، وخصائص الذكورة والأنوثة، والخلفية الاجتماعية الاقتصادية، وما إلى ذلك. وتعود الأصول الأولى لذلك إلى التعرض للنقد أو الرفض من قبل بعض أفراد الأسرة أو جماعات الأقران.

١- **النقص/ الخزى Defectiveness/ shame**: وهو شعور الفرد بأنه ناقص عقلياً أو داخلياً أو عاجزاً، وأنه أساساً بلا قيمة عند الآخرين، أو إحساسه بالخزى من إدراكه لعدم ملاءمته الداخلية، ودائماً ما يتضمن هذا الشعور إفراطاً فى النقد الذاتى، ومعاقبة الذات، ومقارنة الفرد نفسه بالآخرين مع توقع رفض مبالغ فيه، ولوم وذلك فى إطار العلاقات الحميمة للفرد.

٢- عدم المرغوبية الاجتماعية/ الاغتراب Social undesirability/ Alienation: اعتقاد الفرد بأنه غير مرغوب فيه من الآخرين (كأن يعتقد مثلاً أنه قبيح الشكل، وغير مرغوب جنسياً، وذو مركز اجتماعى منخفض، وضعيف فى مهارات الحوار، وقليل الذكاء)، أو شعور الفرد بأنه معزول عن بقية العالم، ومختلف عن الناس، أو أنه ليس جزءاً من أى مجموعة

فى المجتمع، أو الاثنين معاً. ودائماً ما يتضمن ذلك وعياً بالذات، واغتراباً وشعوراً بعدم الأمان فى المواقف الاجتماعية.

٣- **الفشل فى الإنجاز Failure to acheive**: وهو شعور الفرد بأن فشله محتوم، وأنه فى الأساس غير ملائم وذلك مقارنة بأقرانه فى أى من مجالات التحصيل والإنجاز (مثل الدراسة، والعمل، والرياضة) ودائماً يتضمن اعتقاد الفرد بأنه أحمق، وغبى، وجاهل، وغير موهوب.

د) قصور التعبير الذاتى Restricted self-expression'.

قيود مفرطة، وقمع أو تجاهل لمشاعره وتفضيلاته اليومية، وغالباً ما يرجع إلى التسلط على الطفل وقمع مشاعره.

١- **الخضوع subjugati** وهو استسلام الفرد المتزايد للتحكم المبالغ فيه، فى قراراته الشخصية، وتفضيلاته وذلك لتخفيف وتجنب الغضب، أو الانتقام، أو الهجر. ويتضمن ذلك إدراك الفرد بأن رغباته الشخصية ليست ملائمة، أو مهمة للآخرين، ويؤدى ذلك إلى الغضب فى نهاية الأمر، ويظهر ذلك فى صورة إفراط فى الخضوع وشغف فى الإرضاء.

٢- **قمع الانفعالات Emotional inhibition'** وهو صعوبة بالغة فى التعبير عن المشاعر، أو مناقشتها، وذلك لأن الشخص يتوقع أن يؤدى التعبير عنها إلى فقدان التقدير، أو إلى إيذاء الآخرين، أو الإحراج، أو الانتقام، والهجر.

هـ) قصور مشاعر البهجة Restricted Gratification'.

وهو تأكيد مفرط على العمل، والمكانة، والواجب، والمعايير والمسئوليات نحو الآخرين، والجوانب السلبية من الحياة، وذلك على حساب السعادة والنزعات الطبيعية والمتعة والصحة والتفاؤل والإبداع.

١- **التضحية بالذات/ التحمل الزائد للمسئولية Self-sacrifice / overresponsibility**: ويشير إلى تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين على حساب مباهج المرء الشخصية، والأسباب الغالبة وراء ذلك هى منع تعرض الآخرين للأذى، وتجنب الشعور بالذنب والحصول على التقدير للحفاظ على الصلة مع الآخرين المعتقد أن هناك حاجة إليهم. ودائماً ما يؤدى ذلك إلى حساسية مفرطة لآلام الآخرين، ودائماً ما يتضمن إحساساً مبالغاً فيه بالواجب والمسئولية نحو الآخرين، وعادة ما يؤدى ذلك إلى إحساس المرء أن احتياجاته الشخصية لم تشبع بشكل ملائم، والشعور بالامتعاض من المسئولين عن ذلك.

٢- **الصرامة/ عدم توازن المعايير Unrelenting/ unbalanced standars**: ويتضمن المجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين العليا أو غير المتوازنة عنه، أو عن الآخرين، على حساب السعادة والسرور والاسترخاء، والتلقائية، والمرح، والصحة والإحساس بالإنجاز، ويتضمن تأكيد إحدى المجالات الآتية:.

أ- التحصيل والإنجاز.

ب- والمال، والمظهر الخارجى، أو المكانة الاجتماعية.

ج- والتحكم فى الذات والانضباط.

د- والتحكم والهيمنة على البيئة.

هـ - والأخلاق، والقيم الدينية، والتضحية بالذات.

٣- السلبية/ التشاؤم Negativity/ pessimism: التركيز الشامل، والممتد عبر العمر على الجوانب والتوقعات السلبية للحياة (مثل الألم والموت، والفقدان، والصراع، والإحباط، ومشاعر الذنب، والاستياء، والمشكلات التى لا حلول لها... إلخ)، مع الإقلال من شأن الجوانب والتوقعات الإيجابية أو المتفائلة أو إنكارها، وقد يتضمن ذلك مشاعر فقدان الحيلة، والعجز عن التحكم فى الأحداث السلبية عبر الحياة.

و) حدود قاصرة Impaired limits'.

وهو عجز فى الحدود الداخلية، يؤدى إلى صعوبة فى احترام حقوق الآخرين، أو وفاء الشخص بأهدافه الشخصية، وتتمثل الأصول الأسرية لهذا فى التدليل والتساهل.

١- **التسلط/ التمركز حول الذات Entitlerment/ self - centoredmess:** ويتضمن إصراراً بأن المرء يجب أن يكون قادراً على الحصول على أى شئ يرغبه، دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول، ومهما كان الأمر مكلفاً لهم. ودائماً ما يتضمن تحكماً زائداً فى الآخرين، ومطالب زائدة، ونقصاً فى التعاطف مع احتياجاتهم.

٢- **ضعف التحكم الذاتى/ الانضباط Insufficient self control/ self-discipline:** صعوبة شاملة فى ممارسة الضبط الذاتى، وتحمل الإحباط عند تحقيق المرء لأهدافه الشخصية، أو كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن انفعالاته ودفعاته. (جيفري يونج، وآخرون، ٢٠٠١، "مترجم" ص ص ٥٨٣- ٥٨٨).

وهناك عدة خصائص تتصف بها هذه المخططات اللاتوافقية تتمثل فى التالى:.

١- أنها حقائق أولية لدى الشخص حول نفسه أو العالم أو حولهما معاً، لا تقبل التغيير أو التعديل.

٢- وهى بمثابة اختلال.

٣- ودائمة ومقاومة للتغيير.

٤- ودائماً ما تحفزها بعض التغيرات البيئية (أحداث الحياة).

٥- وتكون وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا عندما تنشط.

٦- وعادة ما ينتج عن التفاعل بين المزاج الولادى للطفل، والخبرات غير السوية مع أفراد الأسرة، أو القائمين على الرعاية، (المرجع نفسه، ص ٥٨٩).

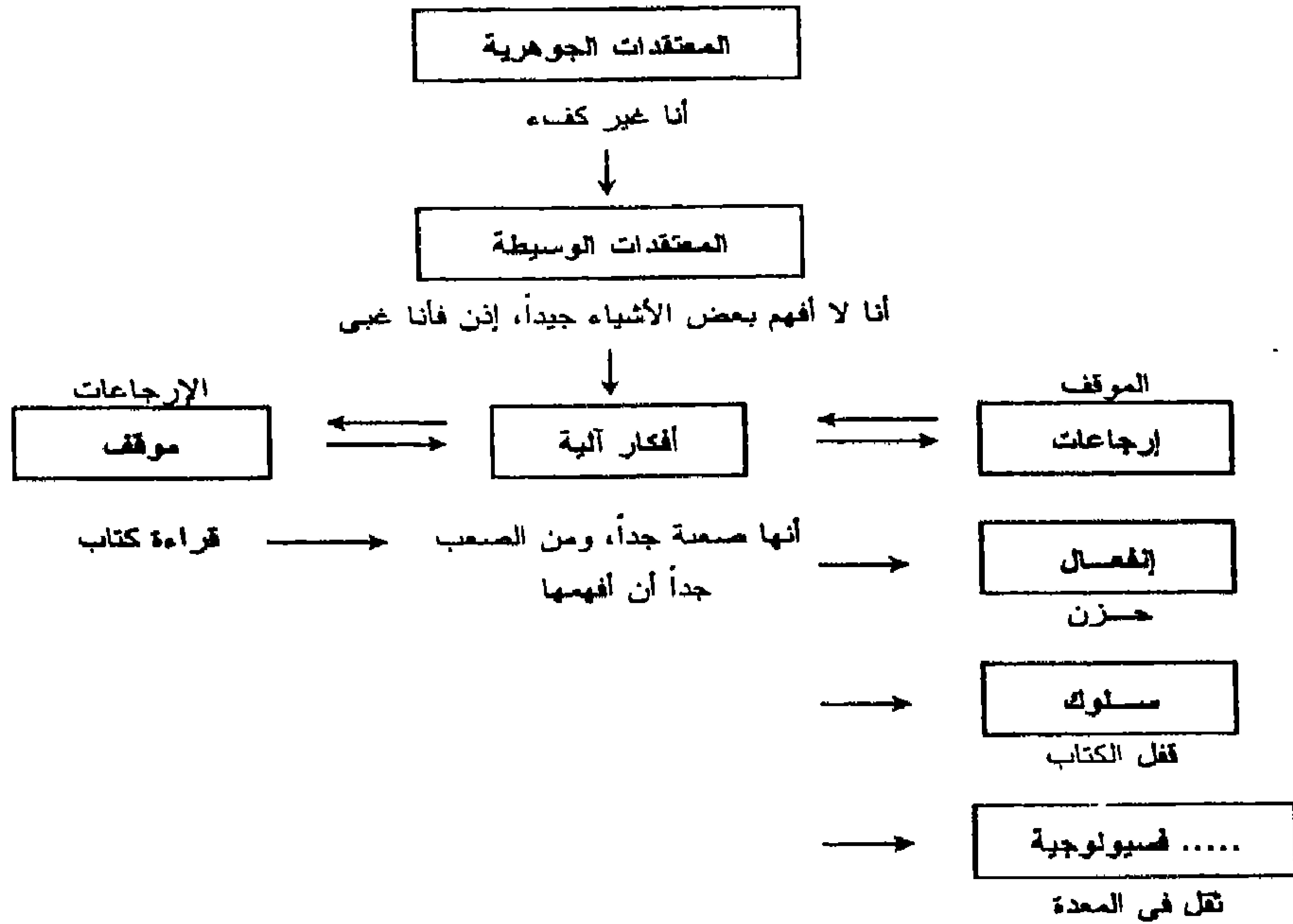
ولتوضيح كيفية نشأة وتثبيت وعمل هذه المخططات، فإنه وفقاً لمنحى يونج يتعلم الطفل مبكراً كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته، وتفاعلاته المبكرة مما يؤدى إلى قبوله لاتجاهات ومعتقدات يثبت فيما بعد أنها لا توافقية، ومثال ذلك فالطفل قد ينمى مخططاً حول أن أياً مما يفعله أو يقوم به لن يكون جيداً، وعادة لا يوجد وعى بهذه المخططات التى تظل كافية إلى أن يؤدى أحد أحداث الحياة (مثل الفصل من العمل) إلى استثارة هذه المخططات، وما أن ينشط المخطط حتى يقوم الفرد بعمليات انتخاب، وتصنيف وترميز للمعلومات بطريقة تساعد على استمرار مخطط الفشل لديه، لذلك فإن مخططات سوء التوافق المبكر، تؤدى إلى ميل المرضى الاكتئابيين لتشويه الأحداث بأسلوب واضح الخصائص، مؤدياً بذلك إلى رؤية سلبية للمستقبل (Beck, 1995, PP. 15 – 19).

وتمثل المخططات ما يسمى بالمعتقدات الجوهرية Core Beliefs' وهى تدرك على أنها أساسية وجوهرية وعميقة وثابتة، وينظر إليها من قبل الشخص على أنها صادقة صدقاً مطلقاً، والمعتقدات الجوهرية هى المستوى الأكثر جوهرية، وتكون جامدة ومفرطة التعميم، وتعتبر الأفكار الآلية Automatic thoughts هى الكلمات أو الصور العقلية التى تدور فى عقل الفرد، وهى خاصة بالموقف، وهى تعتبر الجانب الظاهر من المعرفة.(Ibid, 16 – 17) .

وهناك مستوى آخر من المعتقدات، وهو ما يسمى بالمعتقدات الوسيطة Intermediate beliefs' وهى غالباً لا تكون واضحة، وهى عبارة عن قواعد واتجاهات وتقييمات تقف بين المعتقدات الجوهرية والأفكار الآلية. ووفقاً لهذا النموذج، فالأفراد يحاولون أن يُكوِّنوا خبرة أو معرفة عن بيئتهم من خلال مراحلهم الارتقائية المبكرة، ويحتاجون إلى أن ينظموا خبراتهم فى سياق متناسق لكى يتفاعلوا بشكل أكثر توافقاً.

وتفاعلات الأفراد مع العالم الخارجى والآخرين يؤدى إلى فهم خاص أو تعلم معين. وفى سياق مواقف معينة يكون لدى الفرد معتقدات تؤثر فى إدراكه الذى يعبر عنه بواسطة بعض الأفكار الآلية الخاصة بهذا الموقف وهذه الأفكار تؤدى بالتالى إلى التأثير فى انفعالات الفرد، ووجدانه، وأيضاً تؤثر فى سلوكه داخل الموقف، وغالباً ما تؤدى إلى استجابة فسيولوجية.ولتوضيح هذا النموذج نورد المثال التالى: لو أن فرداً يقرأ كتاباً ولديه الفكرة التالية "هذا صعب جداً ولن أستطيع فهمه أبداً" فهو سوف يشعر بالحزن، ويشعر بثقل فى معدته، ويقوم بإغلاق الكتاب.

والشكل التالى يوضح مخططاً للنموذج المعرفى السابق:.



شكل (٢) يوضح النموذج المعرفى فى تفسير الاكتئاب كما صاغته جوديث بيك نقلاً عن.

ثانياً: الثالوث المعرفى السلبى Negative cognitive triad.

يُعد هذا الثالوث الأفراد ويهيئهم لكى يروا أنفسهم وعالمهم ومستقبلهم بنظرة سلبية غير واقعية؛ فالأفراد المكتئبون قد يعتقدون أنهم متصدعون Flawed ومتدنون Inferior ولا يوجد شئ فى حياتهم ذو قيمة، وأن مستقبلهم لا يحمل لهم سوى اليأس، والكوارث والتعاسة. ويفترض بيك Beck أن هذه النظرة الشاملة هى بالتأكيد تشويه لحياة الفرد، حيث يظل الفرد يختبر أفكاراً سلبية عن نفسه، ويسيىء تفسير التوترات البسيطة على أنها كوارثية، ويعتقد أن شيئاً من هذا لن يتغير (Ingram, 1994; Halgin & Whitbourn, 1994 P.P. 262 – 265; Nezu, et al, 1989, PP. 17 – 19).

ويتكون الثالوث المعرفى من ثلاثة أنماط من الأفكار والاتجاهات السلبية هى كالتالى:.

١– نظرة سلبية نحو الذات Negative view of the self:.

تشمل النظرة السلبية نحو الذات، التقييمات السلبية Negative evaluations للقدرات الذاتية، والقيمة الذاتية ومقارنة الأفراد أنفسهم بالآخرين؛ فالمكتئبون يرون أنفسهم عاجزين Defective وغير ملائمين Inadequate وتشمل هذه النظرة بالتوازى كل تصورات الحياة وتوقعاتها، ونتائجها متمثلة فى إحساس عام بعدم الفائدة Worthlessness.

ولاحظ بيك وزملاؤه فى بحوثهم الأولى أن المقابلة الإكلينيكية مع المكتئبين، كان يسود فيها مواضع الفشل، وعدم الكفاءة، وموضوعات مشابهة، ولوحظ ذلك أيضاً فى وصف المكتئبين لأحلامهم. كما أشار "هولون وكيندال (١٩٨٠)" إلى أن العلاقة بين الاكتئاب والتقارير الذاتية عن تكرار الأفكار الآلية عن عدم الكفاءة، وسوء التوافق وثيقة ودالة. وحتى من خلال التجارب المعملية فقد أظهر المكتئبون أنهم يتوقعون لأداءاتهم أن تكون أسوأ من المعدل الطبيعى، وذلك عندما يطلب منهم إعطاء تقييم عن طريق التقرير الذاتى لأنفسهم ولأدائهم، فهم يختارون سمات ذات مضامين سلبية.

٢- نظرة سلبية نحو العالم Negative view of the world:.

الفرد هنا لا يرى فى العالم والحوادث التى تقع فيه سوى أنها مليئة بالمعوقات والكوارث والإحباطات التى تحول بينه وبين تحقيق أهدافه وطموحاته فى الحياة، وأنها تفتقد إلى البهجة والإشباع.

وقد لوحظ من خلال المقابلات والتقارير الذاتية ووصف أحلام المكتئبين أنهم يشيرون إلى أنهم يدركون خبراتهم اليومية على أنها تدور حول موضوعات الفقد، والمشقة، والحياة مليئة بالمطالب والمهام الصعبة الشديدة، والهزائم والفشل اليومى، وتبعاً لذلك فهم يعيشون إحساساً شاملاً بالعجز، فهم يدركون معظم مشكلات التفاعل البسيطة على أنها كارثة، ومن الصعوبة بحيث لا يقدرون على التعامل معها.

٣- نظرة سلبية نحو المستقبل Negative view of the future:.

يتوقع المكتئبون أن ظروفهم غير السارة سوف تستمر للأبد وبلا أى احتمال للتحسن، وينظرون للمستقبل بمستويات مرتفعة من التشاؤم، وفقدان الأمل، ويميلون إلى اجترار خبرات الفشل السابقة، بدلاً من النظر لإمكانات المستقبل واحتمالاته الإيجابية، وكنتيجة لهذه النظرة، يكونوا أقل واقعية للتفاعل مع الاحتمالات الإيجابية، ويزيد احتمالاتهم بأن المستقبل سوف يكون كئيباً Black ولن يتغير.

ويشير بيك إلى أن أعراض الاكتئاب ترجع بشكل أساسى إلى المعارف السلبية، فمثلاً يمكن تفسير تناقص مستويات الطاقة والنشاط على أنها نتيجة مباشرة للتشاؤم، والعجز التى تصف أفكار الشخص المكتئب، وبالمثل فعندما ينظر الفرد إلى الخبرات اليومية على أنها كئيبة، وثقيلة الوطأة Oppressive والمستقبل ميئوس منه ولا أمل فيه، فإن ظهور الرغبة فى الانتحار Suicidal wishes تكون نتيجة متوقعة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ Nezu, et al 1989, pp. 17 – 21 & Beck, 1989 & Ingram, 1994).

ثالثاً: أخطاء التفكير Thinking errors .

يرى بيك أن بقاء المخططات الاكتئابية واستمراريتها، يأتي نتيجة نظام كامل من معالجة المعلومات، حيث يرسم الفرد نهايات غير منطقية (أو يستنتج استنتاجات غير منطقية) للأحداث التى يمر بها، وذلك من خلال ما يسمى بأخطاء التفكير وهى:.

١- **التطرف أو المبالغة في التعميم Overgeneralization:** وهي الميل إلى الأحكام المطلقة، والتعميمات المتطرفة، حيث يحدث تعميم للخبرات الجزئية على الذات والآخرين والمستقبل تعميماً سلبياً، فمجرد الفشل فى تحقيق هدف معين ولو جزئياً يعنى لدى الفرد المكتئب أنه إنسان فاشل تماماً، وعاجز عن تحقيق آماله فى الحياة، ولو نسى مرة أحد زملائه إلقاء التحية عليه، فهذا معناه من وجهة نظره أنه إنسان مكروه وغير مرغوب فيه.

٢- **التهويل والتهوين:** وهو الميل إلى المبالغة فى إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية المحايدة، وإضفاء دلالات مبالغ فيها مثل تصور توقع الخطر والدمار، أما فى حالة الشخص المكتئب فهو يقوم بتهويل أو تضخيم عيوبه، والمبالغة فى إدراك جوانب الضعف الذاتى، والتهوين من مزاياه وإيجابياته ونجاحه الشخصى، فالخطأ البسيط يصبح كارثة، والنقد العابر يعنى خرقاً للكرامة، والدفاع عن النفس فى موقف ما يعنى أنه تجاوز حدوده ويستحق اللوم والعقاب.

٣- **التفكير الثنائى المتطرف Dichotomous thinking (الكل أو اللاشئ):** وهو إدراك الأفراد للأشياء على أنها إما حسنة تماماً أو سيئة تماماً، سوداء أو بيضاء، صادقة أو خاطئة، دون إدراك أن الشئ الذى قد يكون فى ظاهره سيئ لكن من المحتمل أن يكون له بعض الجوانب الإيجابية، أو أنه قد يؤدى إلى جوانب إيجابية مستقبلاً،ويشير بيك إلى أن أفكار الأفراد تتصف بأنها متطرفة، وسلبية، ومطلقة، وتقويمية،ومن أهم

مساوئ هذا النوع من أخطاء التفكير هو نزوع الفرد إلى الكمال المطلق ومن ثم الخوف الشديد من ارتكاب أى خطأ، وتبنى وجهة نظر غير واقعية عن الذات. وتبعاً لذلك فالفرد يعانى من الإحباط السريع والمتكرر عندما يفشل فى الوصول إلى أهدافه المستحيلة والتى لا يمكن إدراكها.

٤- **التأويل الشخصى للأمور (الشخصنة) Personalization:** وهو ربط الأحداث الخارجية بذات الشخص على الرغم من عدم وجود أى أساس عقلانى حقيقى لعمل هذا الربط، وينسب الشخص لنفسه مسئولية النتائج السلبية فى المواقف التى يمر بها.

٥- **التفسير السلبى لما هو إيجابى:** وهو ميل الفرد لتفسير الأمور الطيبة الإيجابية تفسيراً سلبياً، ويعتبر من أخطر أخطاء التفكير وأكثرها تدميراً للذات، ففى هذا النوع يضع الفرد نفسه موضع الخاسر دائماً سواء أكانت الأمور فى غير مصلحته أم فى مصلحته، فلو كانت سيئة فهى تثبت أفكاره السلبية عن ذاته الموجودة من قبل، ولو كانت إيجابية فهذا لا يعنى لديه إلا أنها بسيطة، وتافهة وحدثت عن طريق الصدفة وليس لأسباب إيجابية فيه، وأنه لا يستحقها، فمثلاً قد يفسر حب الناس وتقديرهم على أنه شفقة تجاهه وليس لشئ إيجابى فيه.

٦- **عزل الأشياء عن سياقها أو (التجريد الانتقائى) Selective abstraction:** وهو أن يعزل الشخص خاصية معينة عن سياقها العام ويؤكدها فى سياق آخر؛ فالشخص المكتئب يركز على التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل وكأنه لا يرى سوى الجوانب السلبية وكأن الموقف لا يوجد به أى جوانب إيجابية على الإطلاق.

٧- **القفز إلى الاستنتاجات Arbitary inference:** ويطلق عليه أيضاً "الاستدلال الاعتباطى أو التحكمى" وهو يتضمن تقييم الفرد للموقف أو المواقف بصورة سلبية، فى ظل عدم توافر المعلومات، وعدم وجود أدلة

تؤيد هذا التفسير أو تدعم إدراكه السلبى للموقف ومترتباته، ومحاولة الشخص قراءة أفكار الآخرين فى كل كبيرة وصغيرة، ولا يكتفى بذلك، بل يسلك تجاه نفسه والآخرين بناءً على توقعاته السلبية كما لو كانت حقيقية.

٨- **قراءة المستقبل سلبياً (خطأ المنجم) Fortune teller**: ويتمثل فيما ينسبه الشخص من توقعات سلبية عن المستقبل، والمصير المعتم الذى ينتظره أو المقربين له؛ فهو يتوقع حدوث شئ ضار له أو لأحد أفراد أسرته فى المستقبل، وتبعاً لذلك فهو يصاب بالهم والجزع فقط لمجرد التوقع الذى قد لا يكون له أى أساس أو دليل واقعى.

٩- **التفكير الكوارثى Catastrophizing thinking**: ويعنى أن مجرد وقوع حدث سيئ أو مرور الشخص بخبرة واحدة سيئة، أو مجرد سيطرة فكرة آلية عليه هو معناه بالنسبة له نهاية العالم، وأنه لا أمل يرجى على الإطلاق. .

١٠- **العنونة**: وفي هذا النوع من الأخطاء وهو ما يطلق عليه العنونة، فالفرد ليس فقط ينظر لنفسه أو الآخرين من خلال مصطلحات الكل أو اللاشئ بل يطلق على نفسه أو الآخرين ألفاظاً اذدرائية.

(عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣ Halgin & Whitbourn. 1994; Nezu; et al 1989; Beck. 1989 & Curwen; Palmer & Ruddell, .(2000. PP. 12 – 15.

وتمثل كل من الثالوث المعرفي السلبي والمخططات، وأخطاء التفكير، المحاور الرئيسة للاضطراب المعرفي في الأمراض النفسية تبعاً لتفسيرات النظرية المعرفية خاصة فيما يتعلق بالاكتئاب.



الفصل الثالث

عـلاج الاكتئاب

يهدف الفصل الراهن إلى عرض عدد من الأساليب العلاجية التى أفرزتها مجموعة من النظريات والنماذج النفسية التى حاولت تفسير ووصف الاكتئاب النفسى وفحصه وتشخيصه، وأبرزها: العلاج النفسى التحليلى، والعلاج السلوكى، والعلاج المعرفى، والعلاج المعرفى السلوكى مع التركيز على الاتجاه التكاملى متعدد المحاور.

وفيما يلى عرض لكل أسلوب من هذه الأساليب، وسنبدأ بالعلاج الدوائى.

أولاً: العلاج الطبى النفسى (الدوائى):.

يعتبر التطور الكيميائى فى علاج الاكتئاب بما اشتمل عليه من مضادات الاكتئاب Antidepressants' نتاجاً شرعياً للتفسير الأمينى، فمضادات الاكتئاب تعمل على تحسين الأعراض من خلال تأثيرها فى تركيز الأحماض الأمينية وتصحيح مساراتها. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 539-540).

وتُعد مضادات الاكتئاب من أكثر الأدوية شيوعاً واستخداماً مع الحالات المزمنة، ويتم وصفها للحالات العصابية بشكل أساسى؛ وهى تعمل على زيادة مستوى الطاقة الحيوية الأمينية Biogenic amine level فى نهايات المشتبكات العصبية الدماغية؛ حيث تشير المشاهدات العيادية إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة عجز وظيفى فى الناقلات العصبية الأمينية الأحادية Monoamine neurotransmetters فى مناطق ومواضع محددة بالدماغ، فى حين أن الهوس يحدث نتيجة فرط وظيفى لهذه الناقلات. (Dahl & Gram, 2000, p. 148).

ومضادات الاكتئاب متاحة للاستخدام منذ ما يقرب من خمسين عاماً. وتشير المشاهدات العيادية إلى أن استخدام الدواء المناسب للمريض يضاعف من فرص شفاءه. (Kaplan & Sadock, 1994, p. 540; Nordt & Cantrell, 1999).

فئات الأدوية النفسية المضادة للاكتئاب[1]:

تنقسم مضادات الاكتئاب إلى أنواع عدة، وتتبع تصنيفياً فئات معينة من العقاقير ذات خصائص كيميائية محددة، وذات تأثيرات علاجية خاصة، وهى قد تتشابه فى بعض الملامح العلاجية أو تأثيراتها العارضة، لكنها تختلف فى طريقة عملها. وهذه الفئات هى: مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين، والأحماض الأمينية الأحادية، ومثبطات السيروتونين والنوربينفرين، وأنواع أخرى متفرقة، والليثيوم. وسنعرض لكل منها على حدة بما يسمح به السياق الراهن.

١- مضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic antidepressants (TCAs)[2]:

تعمل مضادات الاكتئاب الثلاثية على تعزيز قوة وحساسية الموصلات العصبية الدماغية، وهى أكثر استخداماً وشيوعاً من الأدوية الأخرى. وقد ظهر أول نوع من هذه الفئة وهو دواء الإميبرامين Imipramin عام ١٩٥٦، وما زال يستخدم حتى الآن بوصفه أحد الأدوية الأساسية لعلاج الاكتئاب، وتوالى بعده ظهور الأدوية الأخرى من الفئة نفسها ومنها: الأميتريبتيلين Ametriptyline، ويستخدم غالباً لحالات الاكتئاب المصحوبة بأعراض القلق Anxiety، والتهيج Agitation، وهو ذو تأثير مخمد لذا قد لا يكون مناسباً مع المرضى كبار السن، وأيضاً دواء النورتريبتلين Nortriptyline، ويتسم بقلة تأثيراته المخمدة والمهبطة، ولا يسبب هبوطاً فى ضغط الدم إلا بنسبة قليلة، مما يجعله مناسباً للمرضى كبار السن. ومن ضمن الأدوية الثلاثية أيضاً، الدوكسيبين Doxepine، والكلوميبرامين Clomipramine، والديميثيل كلوميبرامين N -clomipramine Desmethyl، والدوسولبين Dasubpine، والديسيبرامين Deripramine.(Wagstaff, 2002).

(١) سنستخدم مصطلح "مضادات الاكتئاب" تعبيراً عن "الأدوية النفسية المضادة للاكتئاب" وذلك تسهيلاً على القارئ.

(٢) يمكن استخدام اختصار (TCAs) بدلاً من مضادات الاكتئاب الثلاثية فى مواضع معينة إذا دعت الحاجة فى مواضع معينة.

وهناك عدد من التأثيرات الجانبية الناتجة عن تناول المضادات الثلاثية منها: النعاس Somnolence، والتعب Tiredness، وصعوبة التركيز. وأحياناً الخلط والتشوش في الوعى Confusion. مما قد يكون له آثار مؤذية خاصة لدى المرضى كبار السن. وجفاف الحلق، والإمساك Constipation، واحتباس البول Urinary Retention (خاصة لدى كبار السن)، وبعض اضطرابات الجهاز الدورى، وانخفاض ضغط الدم. وتعتبر اضطرابات النوم وفرط الحركة من أقل التأثيرات الجانبية ظهوراً، وقد يكون التأثير المخمد لهذه المجموعة إيجابياً وفعالاً خاصة عندما تكون صعوبات النوم عرضاً أساسياً. (Dahl & Gram, 2000, pp. 149-151; Jenren & Kuper, 2000, pp. 92-93 & Wagstaff, 2002).

٢- مثبطات السيروتونين:

تعتبر مثبطات السيروتونين Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية، فهى تُعدل المزاج الاكتئابى وإن لم يكن لها تأثيرات مهيجة للمزاج لدى الأسوياء. وهناك افتراض مؤداه أن المضادات الثلاثية تُعد أكثر كفاءة من مثبطات السيروتونين فى علاج المرضى المكتئبين المقيمين بالمستشفيات، وبشكل خاص أولئك الذين يعانون من النمط داخلى المنشأ Endogenous depression. والفائدة الرئيسة التى تجعل مثبطات السيروتونين أكثر تفوقاً على المضادات الثلاثية، هى قلة تأثيرها السُمى Lower toxicity فى الجرعات الزائدة Over dose، وبصفة عامة فإنها أقل إحداثاً للتأثيرات الجانبية. لذلك فهى أكثر سهولة فى المداومة عليها وإكمال العلاج بشكل أفضل مما هو عليه فى حالة تناول المضادات الثلاثية، خاصة فى حالات الاكتئاب البسيط، وفى علاج المرضى كبار السن. ومن أمثلة هذه الفئة الفلوكسوتين (بروزاك) Flaxetine (prozac)، والسيتالوبرام (سيليكسا) Citalopram (celexa) والفلوكسامين Fluaxamine، والباروكسيتين (باكسيل) Paroxetine (paxil)، والسيرترالين (زولوفت) Sertraline (Zoloft) ومن أكثر التأثيرات الجانبية شيوعاً وتكراراً لهذه الفئة، الغثيان، والذى يظهر لدى نسبة

تتراوح ما بين ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المرضى. ويزول هذا العرض بعد مرور فترة تتراوح ما بين ١- ٢ أسبوع من بداية العلاج. ويعتبر الإسهال Dirhea من التأثيرات الجانبية المتكررة نسبياً. وتظهر بعض الأعراض الأخرى مثل الصداع Headache، والتعرق Sweating، والارتعاش Tremor، والنعاس، والأرق Insomnia، إلى جانب بعض التأثيرات المتعلقة بالعجز الوظيفي الجنسي Sexual dysfunction' فى صورة قلة الطاقة الجنسية Reduced of libido' وتأخر القذف Delayed ejaculation' وتظهر لدى ٣٠٪ من المرضى تقريباً. وتعتبر أعراض الخمد والخدر أقل التأثيرات الجانبية ظهوراً وتكراراً بالمقارنة إلى المضادات الثلاثية. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-554, Dahl & Gram, 2000 pp. 151-152; Jensen & .(Kupers, 2000, pp. 93-94 & Wagstaff, 2002 Tollefson, 1993, pp. 198, 2000

ويظهر من خلال العرض السابق وجود تشابه بين الفئتين السابقتين من مضادات الاكتئاب سواء من حيث التأثير العلاجى أو من حيث التأثيرات الجانبية، وتظهر بعض المعايير الخاصة بتفضيل أحد الأدوية على الآخر وسيتضح ذلك من خلال عرضنا للفئة التالية من مضادات الاكتئاب.

٣- الأحماض الأمينية الأحادية:.

تُعد الأحماض الأمينية الأحادية Monoamine oxidose inhibitors (MAO) القديمة ذات كفاءة عالية فى علاج الاكتئاب، إلا أن لها تأثيرات جانبية حادة وفقاً لما أشار إليه بعض الدراسات فى هذا الصدد خاصة عند وصفها مع أدوية أخرى، أو عند تناول أطعمة غنية ببعض المركبات الأمينية، كما أن بعضها أيضاً له تأثير سُمى على الكبد Hepatotoxicity. ومن أمثلتها: الماربلان Marplan، والنارديل Nardil، والأتابريل Atapryl، والبامات Pamat، والجديد منها مثل الموكلوبيميد Maclobemide، له تأثيرات جانبية شبيهة بالتأثيرات الجانبية للأدوية السابق عرضها ولكن ليست له تأثيرات جانبية خطيرة فى حالة وصفه مع أدوية تحتوى على أحماض أمينية كمادة فعالة أو مع بعض الأطعمة. ومن أكثر التأثيرات الجانبية شيوعاً وتكراراً لهذه الفئة، النعاس، والدوار، والأرق، والإمساك، وبعض الاضطرابات المعدية المعوية، والإحساس بعدم

الراحة والاستقرار، ونادراً ما تظهر أعراض ارتفاع ضغط الدم. (Paykel, 1995; Dingman, et al., 1995; Dahl & Gram, 2000, p. 153; Jensen & Kupers, 2000, pp. 92-93; Wagstaff, et al., 2002 & Fuller & Sajatovic, 2003).

ويظهر جلياً أنه على الرغم من كفاءة هذه الفئة علاجياً، فإنها تستخدم بشكل محدود بالمقارنة إلى الفئتين السابقتين، وذلك لشدة تأثيراتها الجانبية، وما ينتج من تأثيرات إضافية نتيجة التفاعل الدوائى لها مع أدوية أخرى أو بعض الأطعمة.

٤ – الجمع بين مثبطات السيروتونين والنوربينيفرين:.

تتعامل هذه الفئة مع كل من مسارات النوربينيفرين Combined serotonin & Norepinephrine Reuptake inhibitors (SNRIs) والسيروتونين، وهى ذات تأثيرات جانبية أقل المضادات الثلاثية. وتشبه هذه التأثيرات الجانبية إلى حد كبير، تلك الخاصة بمثبطات السيروتونين. وقد تظهر بعض الأعراض الخاصة بالاستجابة للأدرينالين مثل ارتفاع ضغط الدم Hypertension وسرعة ضربات القلب Tachycardia، وعسر البول Dyruhia، ومن أمثلة هذه الفئة، الفينلافاكسين Venlafaxine، والديسيثيل فيبلافاكسين O-Desmethyl-Venlafaxine، وميلناسيبران Milnacipran (Dahl & Gram, 2000).

٥– أنواع أخرى:.

لا تندرج هذه الأنواع المتفرقة من مضادات الاكتئاب بشكل واضح تحت أى من المجموعات الرئيسة السابقة، ومن أمثلتها: الأموكسابين Amoxapine والميرتازابام Mirtazapine، والمايروتيلين Mayrotiline، والنيفازودون Nefazodone، والترازودون Trazadone، والريبوكسيتين Reboxetine. وهى فى معظمها مشابهة للمضادات الثلاثية. وتشمل تأثيراتها الجانبية النعاس، والإمساك، وبعض التأثيرات العصبية مثل أعراض اضطراب الحركات Extrapyramidal Symptoms (Dahl & Gram, 2000; & Elliot, 1993, pp. 232233, Finley; Laird & Benfield, 2001, p.153).

٦- الليثيوم:.

يستخدم الليثيوم Lithium بكفاءة عالية فى علاج الهياج الذهانى، والاضطراب القطبى. ويستخدم حالياً كعلاج للحالات الهوسية، وبشكل أساسى فى علاج حالات الهوس ـ الاكتئاب سواء أكانت قطبية أم أحادية، ولكنه ذو تأثيرات سُمية جانبية على الكلى، لذلك يجب قياس نسبته فى الدم من وقت لآخر أثناء تناوله، ويجب إيقافه عند ظهور الأعراض الدالة على التسمم مثل اضطراب وتشوش الوعى، والارتجاف، والتيبث المفصلى Dysarthia (Kaplan & Sadock, 1994, p. 554; Nordt & Contrell, 1999; & Dahl & Gram, 2000, pp. 153-154, Stewart, Rabkin, Qutkin, Mc Groth & Kleine, 1933. pp, 218 - 220).

يتضح من العرض السابق للعلاجات الدوائية المستخدمة فى علاج الاكتئاب بمختلف فئاتها وأنواعها، وجود تشابه بين هذه الفئات الدوائية سواء أكان ذلك من حيث التأثير العلاجى أم من حيث التأثيرات الجانبية الناتجة؛ إلى جانب أن لكل منها تأثيرات خاصة بها. وعلى الرغم من هذا التشابه فإنها تختلف فى طريقة عملها سواء كفئات كبرى، أم كأدوية مفردة، وذلك تبعاً لهدف كل منها من الناحية الحيوية والفسيولوجية.وما يميز أحد هذه الأدوية (أو الفئات) على الآخر (سواء عبر الفئات الكبرى، أو داخل الفئة نفسها) هو قلة التأثيرات الجانبية، ومدى ملاءمته للحالة، وهو ما تسعى إليه بحوث تطوير العلاجات الدوائية. وتعدد أنواع الأدوية المستخدمة فى علاج الاكتئاب يتيح فرصاً أعلى لاختيار الدواء المناسب للمرضى بما يحقق أعلى كفاءة علاجية، وأفضل نسبة تحسن (سواء بالنسبة للمريض أو بشكل عام)، وأقل قدر من التأثيرات الجانبية، ويتم هذا الاختيار بناءً على أسس علمية محددة كما سيتضح من خلال عرضنا لاستراتيجيات العلاج الدوائى للاكتئاب.

استراتيجيات العلاج الدوائي للاكتئاب:.

ظلت مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات الأحماض الأمينية الأحادية لسنوات عدة، توصف معاً أو مع أنواع أخرى مثل الأميبرامين أو الليثيوم فى حالات الهوس. الاكتئاب غير أن هذا الوضع قد تغير خلال العقد الماضى مع إنتاج مثبطات السيروتونين، والنوربنيفرين، والأنواع الأخرى من الأمينات الأحادية. لذلك أصبح أمام الأطباء بدائل متعددة من مضادات الاكتئاب. وعلى الرغم من اختلاف الملامح العلاجية بين مختلف أنواع تلك المضادات، فإنها فى مجملها ذات بداية عامة وشائعة ومتدرجة بالنسبة للتأثير العلاجى والذى يبدأ بعد مدة تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع من بداية العلاج. وقد يكتمل هذا التأثير بعد فترة تقدر بعشرة أسابيع من بداية العلاج. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-554; Dahl & Gram, 2000, pp. 148-150).

وقبل أن يشخص الطبيب أية حالة من حالات الاكتئاب، ينبغى عليه القيام بعدد من الإجراءات التشخيصية حتى يقرر أو يستبعد تشخيص الاكتئاب، كأن يستبعد الأعراض الاكتئابية التى ترجع إلى تعاطى المواد ذات التأثير النفسى، أو الأعراض الناتجة عن تناول أدوية أخرى (بهدف علاجى) تكون الأعراض الاكتئابية أحد تأثيراتها الجانبية. ويجب أيضاً تحديد ووصف النوبة الاكتئابية العظمى بدقة وتحديد ما إذا كانت بسيطة، أم متوسطة، أم حادة، وهل هى بدون أعراض ذهانية، أم هى حادة مع أعراض ذهانية؟، وذلك لأن النوبة الاكتئابية يتحدد على أساسها نوع العلاج المقدم. ويجب أيضاً أن يؤخذ فى الاعتبار كل من الطاقة العلاجية، والتأثيرات الجانبية للدواء المستخدم.

وخلال مسار العلاج لا يجب الحكم على الحالة بأنها مقاومة للعلاج إلا بعد التأكد من أن الحالة تتناول الجرعة المناسبة والموصى بها عبر المدة المقررة للعلاج، مما يسهم فى تحقيق الكفاءة العلاجية للدواء. جدير بالذكر أن كل مضادات الاكتئاب المتاحة حالياً ذات فعالية علاجية بشكل عام مع جمهور المرضى وذلك بنسبة استجابة تتراوح ما بين ٦٠- ٧٠٪ من المرضى، وذلك من خلال استجاباتهم للمحاولات العلاجية الدوائية الأولى. (Dahl & Gram, 2000, pp. 142-153.; Finley; Laird, & Benefield, 2001, pp. 150-153).

وعلى الرغم من التقدم فى إنتاج الأدوية ذات الكفاءة العالية، فإن نسبة تتراوح ما يقرب من ٣٠- ٤٠٪ من المرضى لا يستجيبون للمحاولات العلاجية الأولى بمضادات الاكتئاب. ويصنف كثير من هؤلاء على أنهم ذووا استجابة محدودة وجزئية للعلاج. (Fatimi & Emamian, 1999, D. Montigny et al., 1999; Dahl & Gram, 2000, p. 148; Donoghue & Hylan 2001).

وتثير النسب السابقة عدداً من التساؤلات أهمها: ما نسب حالات الانتكاس بالنسبة للعلاج الدوائى؟ وهل تم إدراج هذه النسب ضمن نسب المرضى المقاومين للعلاج؟ وهل تختلف الصورة السابقة إذا ما استبعدت نسب الانتكاس من ضمن حالات الشفاء؟. والواقع أن هذه الأسئلة وغيرها لم نجد لها إجابات واضحة نظراً لأن الدراسات التى تناولت الكفاءة العلاجية للأدوية لم تشر إلى نسب حالات الانتكاس، وإن كانت حالات أو نسب الانتكاس متضمنة داخل إحدى الفئتين السابقتين فقد يؤدى إلى انخفاض صدق هذه النسب. فلو تم افتراض أن نسب الانتكاس تتراوح ما بين ١٥- ٢٠٪ من المرضى الذين تم شفاؤهم، فإن النسب الجديدة للشفاء سوف تتراوح ما بين ٤٥- ٥٠٪ إذ أن حالات الانتكاس يتم حساب نسبتها ضمن حالات الشفاء الكامل، لذلك يجب الإشارة إلى أهمية إدراج وتوضيح نسب الانتكاس عند التصدى للحكم على الكفاءة العلاجية لأى نوع من العلاجات (الدوائية أو النفسية على حد سواء).

وفيما يتعلق بمحاولة التغلب على عدم انتظام ومداومة الحالات على تناول مضادات الاكتئاب فيوصى بعمل تثقيف طبي Medical Education للمرضى عن مضادات الاكتئاب وتعتبر هذه العملية عاملاً حاسماً فى إنجاح المحاولات العلاجية بالأدوية، حيث تضاهى فى أهميتها اختيار نوع العلاج المناسب للمريض، وتحديد الجرعة الملائمة له. وفى هذا الصدد يجب توضيح وتأكيد عدد من النقاط للمريض منها:.

١- أن الاكتئاب عبارة عن تلازم عدد من الأعراض الجسمية والنفسية وأنها كلها تستفيد من العلاج الدوائى.

٢- أن المريض لن يصبح مدمناً على هذه الأدوية حتى مع طول مدة تناولها.

٣- أن الأدوية (مضادات الاكتئاب) لا تعطى نتائج فورية بل تستغرق مدة تتراوح ما بين ٢- ٤ أسابيع حتى يظهر تأثيرها العلاجى.

٤- فى حالة لو لم يشعر المريض بالتحسن بعد هذه المدة، فهناك أدوية أخرى بديلة متاحة يمكن استخدامها.

٥- أن يُخَبَّر المريض (فى حالة استخدام المضادات الثلاثية، والأمينات الأحادية) أن اضطرابات النوم والشهية ستتحسن فى البداية، وبعدها سوف يشعر باستعادة الطاقة والنشاط، وأن الأعراض المزاجية - لسوء الحظ - ستكون آخر الأعراض شفاءً أو تحسناً.

٦- يجب إخبار المريض بالتأثيرات الجانبية للدواء تفصيلاً. وكإجراء احترازى يجب على الطبيب فى حالة المرضى الذين لديهم قابلية للانتحار ألا يُقر وصفه دوائية طويلة المدى وذات جرعات كبيرة عند خروج المريض من المستشفى إلا فى حالة وجود شخص يقوم على رعاية المريض والتعهد باعطائه الدواء وفقاً للمواعيد والجرعات المحددة.(Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-540; Dahl & Gram, 2000, pp. 148-149).

وتساعد التعليمات السابقة على تحفيز المرضى للمداومة والانتظام فى تناول الأدوية لمدة طويلة، إذ تُعد إدارة حالات الاكتئاب عن طريق العلاج طويل الأمد، بعد الاستجابة المبدئية للعلاج، استراتيجية عيادية عامة للسيطرة على الحالة والاحتفاظ بالتحسن المحرز وأيضاً لتجنب الانتكاسة. (Schweitzer; Burrows & Tuckwell, 2001).

وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن العلاج طويل الأمد بمضادات الاكتئاب لحالات الاكتئاب المزمن يؤدى إلى نتائج جيدة وثابتة نسبياً فيما يتعلق بالنواحى النفسية والوظائف الاجتماعية، وأن الانقطاع عن تناول الأدوية يؤدى إلى عودة الاضطراب فى هذه الجوانب وأيضاً اتضح أن النتائج التى تم إحرازها فى الجوانب النفسية والاجتماعية خلال العلاج طويل المدى أكثر استقراراً وثباتاً من تلك التى تتحقق خلال العلاج قصير المدى. (Rush, et al, 2002; & Hirschfeld et al, 2001).

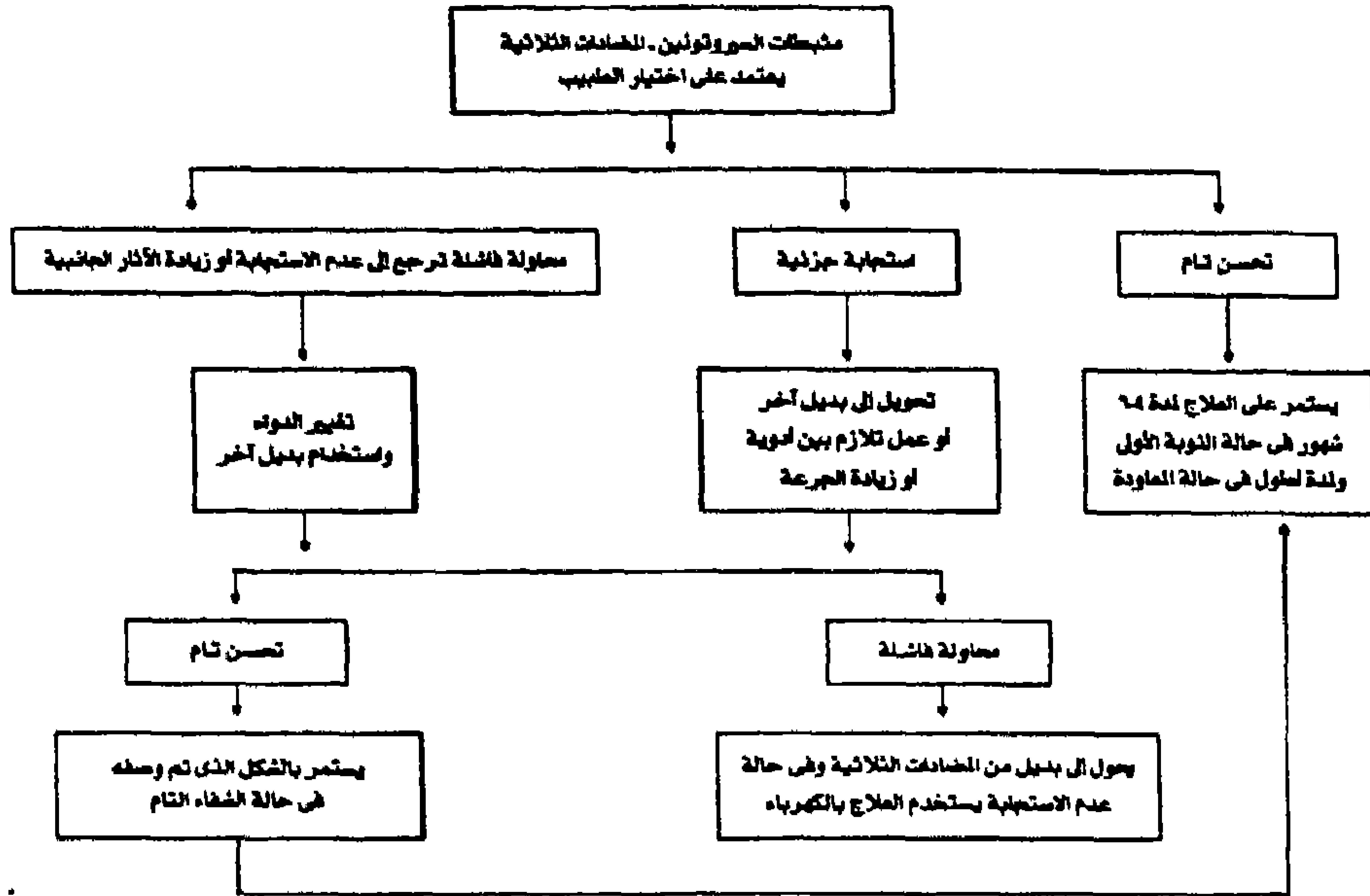
ومن خلال العرض السابق نصل إلى نقطة مهمة فى العلاج الدوائى للاكتئاب وهى أن اختيار الدواء المناسب للمريض يخضع لعدد من الاعتبارات العيادية التى يجب مراعاتها للوصول إلى أفضل تحسن وأفضل استجابة للعلاج وهى: التاريخ والاستجابة العلاجية (للمريض نفسه أو أحد أفراد الأسرة)، والأمان فى حالة زيادة الجرعة العلاجية، وشكل وحدّة التأثيرات الجانبية، والظروف الطبية والطبية النفسية الراهنة للمريض، والأدوية التى يتناولها مع مضادات الاكتئاب؛ والتى قد تتعلق بأمراض جسمية أخرى مثل الضغط أو السكر أو الأمراض القلبية وذلك لملاحظة التفاعل الدوائى، وتحديد الجرعة المناسبة للحالة، ومراعاة التركيب الدوائى أو الحركة الدوائية، وآليات عمل الدواء، والتكاليف الخاصة بالدواء، وأخيراً تفضيلات المريض.

ويعتبر التاريخ السابق للاستجابة العلاجية سواء أكان للمريض أم لأحد أفراد أسرته أو أقاربه من الدرجة الأولى أهم هذه العوامل، حيث يجب على الطبيب تقصى التاريخ السابق للمريض، وفى حالة تعذر ذلك (أو أن المريض لم يسبق له أن تلقى أياً من مضادات الاكتئاب) فيجب عليه أن يتقصى التاريخ الأسرى والعائلى للمريض، وما إذا كان هناك أقارب من الدرجة الأولى عولجوا بأى من مضادات الاكتئاب بشكل ناجح مع أقل قدر من التأثيرات الجانبية. وعندما يتم التوصل إلى هذا الدواء يكون هو الاختيار العلاجى الطبى النفسى الأول لبداية العلاج.(Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-554; (Schulz, 1999; Curwin, 2001; Finley et al., 2001 & Mendlwiez, 2001.

وفى حالة عدم الاستجابة بشكل جيد لهذه المحاولة العلاجية الأولى يمكن اتباع استراتيجية التلازم بين نوعين أو أكثر من مضادات الاكتئاب، أو يتم التغيير من فئة دوائية إلى أخرى، إما للكفاءة الأعلى، أو لقلة التأثيرات الجانبية، أو بإمكانية تحملها أو ملاءمتها بشكل أفضل لظروف المريض. (Dingman, et al., 1995 & Gruvze, et al., 1999).

ولتوضيح استراتيجية اختيار الدواء والتغيير من دواء لآخر، أو وضع وصفة طبية تجمع بين نوعين أو أكثر من الأدوية عند علاج حالات الاكتئاب،

تم تصميم الشكل التالى وهو يتضمن علاجاً لبعض مرضى الاكتئاب من الأصحاء جسدياً (الذين ليس لديهم أى أمراض جسدية أخرى) من بين المترددين على العيادات الخارجية، ولا يعانون من أى حساسية لأى مضادات الاكتئاب كما يلى:.



شكل (٣) استراتجيات اختيار وتغير مضادات الاكتئاب

نقلاً عن: كابلان وصادوق، ١٩٩٤؛ (Kaplan & Sadock, 1994, p. 553).

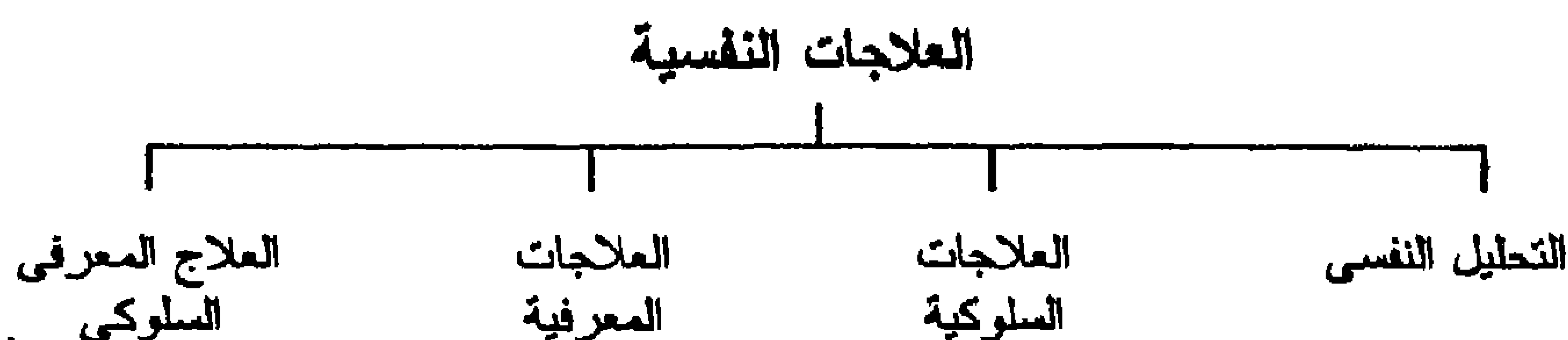
ويتضح مما سبق أن مضادات الاكتئاب لها أنواع عدة تندرج تحت فئات كبرى أهمها: مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين، ومثبطات السيروتونين مع النوربنفرين، والأحماض الأمينية الأحادية، وأنواع أخرى غير مصنفة تحت أى فئة من هذه الفئات إلا أن تأثيرها يشابه تأثير المضادات الثلاثية، إلى جانب الليثيوم الذى أصبح حديثاً يستخدم فى علاج حالات الاكتئاب.

وهناك استراتيجية عامة مهمة يجب اتباعها عند وصف مضادات الاكتئاب، أو التغيير من دواء إلى آخر داخل الفئة نفسها، أو تغيير الفئة العلاجية الدوائية نفسها وذلك لتحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمرضى. وتم مناقشة نسبة الشفاء والتحسن والانتكاس والتى ما زالت غامضة فيما يتعلق بالعلاج الدوائى وذلك لتداخلها مع نسب المرضى المقاومين للعلاج. كما أن هناك نسبة من المرضى يرفضون العلاج بالأدوية الطبية النفسية ويقبلون على العلاج النفسى، أياً كان توجهه النظرى بصفة عامة، والعلاج المعرفى - السلوكى بصفة خاصة.

وكما ارتكز العلاج الدوائى للاكتئاب على أسس النظرية الحيوية والتفسير الأمينى للاكتئاب، فهناك أيضاً تفسيرات نفسية سلوكية ومعرفية وتحليلية له، وعلى أساسها تم تطوير عدد من الأساليب العلاجية النفسية، وذلك ما سنناقشه تفصيلاً فى سياق هذا الفصل.

العلاجات النفسية للاكتئاب:.

نتج عن ظهور النظريات التحليلية والسلوكية والمعرفية للاكتئاب عدد من الأساليب العلاجية التى اتخذت منها أسساً ارتكزت عليها شأنها فى ذلك شأن العلاج الدوائى حيث ينطلق كل منها من أصول علمية محددة. وتنقسم العلاجات النفسية للاكتئاب إلى عدة أنواع كما يوضحها الشكل التالى:.



شكل رقم (٤).النموذج السلوكي لتفسير الاكتئاب

وفيما يلى سنتناول كل منها على حدة بالعرض والتحليل.

أولاً: العلاج بالتحليل النفسي:.

يهدف العلاج بالتحليل النفسى للاكتئاب إلى إحداث تغيير فى بناء وخصال شخصية المريض عن طريق الاستبصار، وليس ببساطة تخفيف الأعراض. وقد يمر المريض بعدد كبير من الخبرات المسببة للقلق والإحباط خلال مسار العملية العلاجية التى قد تستمر لسنوات عدة (Kaplan & Sadock, 1994, P. 545).

والعلاج النفسى التحليلى ليس فقط أسلوباً علاجياً بل هو منهج لاستكشاف العقل العامل وهو أيضاً نظرية عن هذا العقل فى أحواله الطبيعية، وغير الطبيعية أو المرضية. وكل من هذه الأوجه الثلاثة (النظرية، والمنهج، والعلاج) تدعم بعضها بعضاً فى منظومة تفاعلية ثابتة وفعالة. (Wallrstein, 2002).

ولقد اهتمت نظرية التحليل النفسى منذ البداية بالعلاقة بين الطفل ووالديه وأثرها فى تكوين وتشكيل شخصية الفرد فى الرشد. والشئ المهم فى التحليل النفسى هو الطريقة التى ينظر بها الفرد لخبراته الماضية، وكيف تؤثر هذه الخبرات على علاقاته الحالية مع المعالج، وهو ما يسمى بالطرح Transference.

ويشير فرويد إلى أن ذاكرتنا تعمل بشكل انتقائى. والفكرة الأساسية هى أن عالمنا الداخلى يعكس حاجاتنا لعمل بعض المعانى والعبارات القصصية السردية عن إدراكاتنا الداخلية والخارجية. وفى الطفولة المبكرة تكون معرفتنا قاصرة، وليس لنا القدرة على الحكم، مما يجعل إدراكنا للأحداث إدراكاً مشوهاً، ونصبح غير قادرين على التوافق. وأشار فرويد أيضاً إلى أن الخبرات الصادمة Trumatic events' تُكْبَت Repressed' مشيراً بذلك إلى اللاوعى (أو اللاشعور) Unconciousness. واللاشعور بُعد فى العقل له منطقه، وقواعده الخاصة، حيث توضع فيه المشاعر المرتبطة بالخبرات السابقة الصادمة وتصبح

محايدة، أو أقل إحداثاً لتنبيهات انفعالية ما، لذلك فإن طاقتها الصادمة تسكن وتعوق ظهورها، ومن ثم يبدو الكبت على أنه طريقة لترك معالم وصور لمادة تظل غير متعامل معها فى الماضى (Burton & Suss, 2000). ويهدف العلاج النفسى التحليلى إلى الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة حتى يتمكن المريض من التعبير عن الانفعالات الشديدة المرتبطة بالأحداث الصادمة، وذلك من خلال عملية التداعى الحر وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شئ يدور بذهنه مهما بدا تافهاً أو لا منطقياً. ومن خلال التداعى يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالى الاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائياً. (Ibid).

والمعالج النفسى التحليلى لا يهتم بالأعراض المرضية التى يشكو منها المريض بل يعتبر هذه الأعراض تعبيراً من مشكلات أخرى أكثر عمقاً، كما يعتقد أيضاً أن المرض النفسى هو إحياء لذكريات لاشعورية حقيقية فى أعماق العقل من خلال الأعراض الظاهرة، وهو يؤمن بأن المشكلة لا تمتد للآن بل للماضى والخبرات فى الطفولة المبكرة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤، ص ص. ٩٥ – ٩٨).

وبناءاً على النظرة السابقة فى تفسير الاكتئاب، ودور الخبرات الماضية والصادمة فى ظهور ونشأة واستمرار الأعراض والتوجهات النظرية للمعالجين، انبثقت عدة إجراءات وأساليب فرعية مكونة أسلوب العلاج التحليلى النفسى، مشتملة على عدد من المكونات أهمها: التقدير النفسى الإكلينيكى، وتنظيم جلسات العلاج، والتعبير عن الانفعالات، واستخدام الطرح (تفسير الطرح، والطرح المضاد، والطرح السلبى) والأفعال البديلة. وسنعرض لكل منها على حدة فى إشارة إلى التطور الذى طرأ على المكونات النظرية والأهداف العلاجية، وذلك كما يلى:.

١- التقدير النفسى الإكلينيكى:.

وتشمل عملية التقدير النفسى الإكلينيكى فى إطار العلاج النفسى التحليلى تقييم كل الآليات الداعمة لعملية العلاج وهى ما يطلق عليها الوعى النفسى Psychological Mindness، ويشمل القدرة على الاستجابة والقدرة على تكوين علاقة جيدة مع المعالج وأيضاً التاريخ الشخصى للحالة، والذى يشمل الذاكرة طويلة المدى، وتفاصيل العلاقات بين الإخوة، والعلاقة مع الأبوين، وأى أحداث أو مواقف أخرى تكون ذات أهمية للحالة، لذلك فالمعالج يمكن أن يرسم صورة كاملة عن نظرة الحالة لذاتها وللعالم.

٢- تنظيم جلسات العلاج:.

والمكون التالى فى إجراءات وتطبيق العلاج النفسى التحليلى يختص بوضع قواعد واضحة وحدود زمنية لبداية ونهاية الجلسة، وأيضاً يتم تحديد مواعيد وانتظام الجلسات واللقاءات والأجازات وعطلات نهاية الأسبوع وأيضاً تحديد مرات الغياب (لكل من المعالج والحالة)، وذلك فى محاولة لضبط الجلسات والمواعيد، وإعطاء قدر من الشعور بالأمان والثقة وإضفاء الجدية على العملية العلاجية.

٣- التعبير عن الانفعالات:.

يدخل المكونان السابقتان ضمن الإجراءات التمهيدية للعملية العلاجية، أما هذا المكون فهو يعتبر أول المكونات الخاصة بالممارسة العلاجية، والتطبيقات العلاجية للعلاج النفسى التحليلى، وغالباً ما يُسمى التعبير عن الانفعالات القوية بعملية التفريغ Catharsis، وينظر لعملية التفريغ فى إطار العلاج النفسى التحليلى Counter tranceference على إنها هدف فى حد ذاته. ويرى غالبية القائمين على العلاج النفسى التحليلى أن التفريغ هو تعبير عن الثقة فى المعالج وانعكاس للعلاقة معه. (Burton & Suss. 2000) .

٤- تفسير الطرح:.

ومن العمليات المهمة فى العلاج بالتحليل النفسى عملية تفسير الطرح Interpretation of tranceference ؛ فمن المقبول فى العلاج النفسى التحليلى، أن تقوم الحالة بإعادة الأفعال، والأفكار، والمشاعر التى تتعلق بعلاقاتها الماضية مع المعالج، مما يعطى انطباعاً للمعالج عن علاقات الحالة الماضية، وأيضاً يعطيه مفتاحاً لفهم وتفسير شامل لهذه العلاقات الخاصة بالحالة خارج حجرة التحليل.

٥- استخدام الطرح المضاد:.

الطرح المضاد Counter tranceference بشكل عام هو أفكار ومشاعر المعالج (غالباً ما تشمل ضغطاً داخلياً لأن يتصرف بشكل معين)، وكما أن الطرح الخاص بالحالة (الذى يعنى وضع اللاشعور الخاص بالحالة على المعالج) مفهوم مهم فى سياق العلاج بالتحليل النفسى، فالطرح المضاد أيضاً من المفاهيم بالغة الأهمية فى عملية التحليل، حيث يمكن أن تؤدى ملاحظة أفكار ومشاعر المعالج إلى مزيد من استبصاره بعملية اللاشعور الخاصة بالحالة. ويجب على المعالج أن يكون حذراً قبل أن يقوم بالتدخل (التفسير) بناءً على الطرح المضاد، ويجب أن يؤجل هذه المشاعر الخاصة به (وأيضاً التفسيرات) لعدة جلسات لاحقة قبل أن يشرع فى توضيح معناها وتفسيرها.

٦- الأفعال البديلة:.

تُعَرَّف هذه العملية فى إطار العلاج بالتحليل النفسى بأنها عجز الحالة عن مجرد الحديث موضوع ما، وبدلاً من ذلك تشعر بضغط يحتم ضرورة إصدار تصرف ما يكون بديلاً له ليتحاشى إظهار هذا الموضوع صراحة، ويظهر ذلك داخل وخارج حجرة التحليل؛ فمثلاً: قد يكون الحضور متأخراً للجلسة تعبيراً عن الإحباط من المعالج، أو غضب منه، لكن لا تكون الحالة على وعى بهذا الشعور بشكل كامل حتى يحاول المعالج أن يعطى تفسيراً

لاحقاً لهذا الشعور، وهذا التصرف، والتفسيرات المنطقية (الشعور) التى تصيغها الحالة غالباً ما تغطى المشاعر البديلة (التى تمثل اللاشعور). وتتيح الحدود الواسعة فى العلاج النفسى التحليلى فرصة أكبر للمعالج لمعرفة أى أفعال بديلة Acting out تقوم بها الحالة. (Feltham, 2000, Holgin & Whitbourn, 1994).

٧- الطرح السلبى:.

يُفَسَّر الطرح السلبى Negative transference فى ضوء الأفعال البديلة، فعندما يكون لدى الحالة مشاعر سلبية تجاه المعالج (غضب، أو خوف، أو كراهية)، فغالباً ما تكون هناك رغبة لإصدار فعل بديل ربما يكون بترك العلاج، أو الانقطاع لفترة من الوقت، وذلك بدلاً من الحديث عن هذا الشعور المروع بالنسبة للحالة، وعلى المعالج ألا يتصرف بشكل دفاعى لأى هجوم من هذا القبيل، لكن يحاول مساعدة الحالة لفهم المشاعر المبطنة لهذه الأفكار والمشاعر السلبية الظاهرة.(..ngram, 1994; Burton & Suss, 2000; Henry, et al 1994 & Feltham, 2000).

هذه هى الأساليب الأساسية فى الممارسة العيادية للعلاج بالتحليل النفسى. وقد تم تطوير بعض المفاهيم الخاصة بالتحليل النفسى؛ فقد استخدم يونج كلمة نفس Psyche للتعبير عن العالم الداخلى للأفراد، وخبراتهم الشخصية، واتجاهاتهم، ومعتقداتهم وأشار فى هذا الصدد إلى أن التعبير عن هذه الأنماط والأبنية المضطربة هو ما يسمى بالاتجاهات الواعية Conscious attitudes. وأضاف يونج أن الذات هى المحور المركزى للشخصية، ونظر إليها باعتبارها ذات منظمة Self-Regulating مثلها مثل الجسد. كما يرى يونج أن دور المعالج يتحدد فى مساعدة المريض على تنمية طاقته النفسية الذاتية، لفهم مشاعره وأفكاره وعلاقاته. ومن خلال عملية المرور بالخبرة والتعبير عنها يصل المريض تدريجياً إلى نقطة يمكنه فيها أن يقرر ماذا يجب أن يكون عليه فى المستقبل.

أما بخصوص سير الجلسات فلم يكن هناك جدول تنظيمى لها ، أو نقطة معينة للتركيز عليها بل يتم تشجيع المريض ليقوم بالحديث عن أى مشكلة يعانيها أياً ما كانت أو أى حدث يخطر فى ذهنه ويستمر المعالج فى تشجيع المريض لاستحضار واستدعاء الصور الذهنية المرتبطة بالمشكلات التى يعانى منها ، وأيضاً ما يرتبط بها من مشاعر سلبية وأفكار تلقائية ، ويستمع المعالج عبر الجلسات لتوقعات المريض (العميل) عن نفسه وعلاقاته الماضية وتحديد ما إذا كانت واقعية أو ما إذا كانت ما تزال فى صورة بدائية. فمثلاً: هل يصف الشريك (الزوج، والزوجة) على أنه إله أو معبود ، أم أنه شخص حقيقى؟ وهل يرى أبويه على أنهم بشر أم ما زال ينظر إليهم على أنهم سحرة وطغاة ؟ وما إلى ذلك من الأسئلة التى تثير تصورات لدى المريض عن نفسه وعالمه وعلاقاته، وتكمن مهمة المعالج فى مساعدة المريض لوضع إدراكاته عن نفسه فى قوالب لغوية محددة، وأيضاً مساعدته فى التخلص من إسقاطاته، وفى هذا السياق يتعامل المعالج مع الطرح، والطرح المضاد ، والطرح السلبى فى ظل السياق العلاجى الجديد بقدر عالٍ من الوعى والاستبصار مع الاحتفاظ بروح التحليل النفسى ذاتها. (Stokes, 2000).

وفى تطور آخر لأسلوب التحليل النفسى، ركز منحى كلاين على قدرة المعالج على التواصل مع العالم الداخلى للمريض، شاملاً القلق الخفى الذى يعكر صفو حياته، وتفهم مخاوفه (بشكل حقيقى وواقعى) والعوامل التى تسبب الشعور بالتهديد ، ويساعد المريض على إعادة تقييم وتعديل التصورات السابقة الرافضة لصورته عن ذاته، وأيضاً تنمية قدرة المريض على إعادة تقييم ذكريات وخبرات الآخرين خلال حياتهم الماضية والراهنة. وبمساعدة المعالج يمكن إعادة بناء العالم الداخلى للمريض على أسس أكثر ثباتاً، مما ينتج عنه عواقب ذات دلالات نفسية فى حياة المريض مستقبلاً. وفى إطار تطور العلاقة بين المعالج والمريض، يمكن أن يحدث التغيير الإيجابى وفقاً لإيجابية التفاعل بين المعالج والمريض ويتم التعبير عن هذا التطور بمصطلحات التغيير

الإيجابى. وفى ظل هذه العلاقة يتم التركيز على الصعوبات والمشكلات التى يعانى منها المريض، واعتماداً على هذه العلاقة العلاجية يمكن مناقشة موضوعات حية من حياة المريض داخل حجرة التحليل (Seagal, 2000).

وطرأ تطور آخر على أسلوب العلاج بالتحليل النفسى على يد آلان Alan وسيفنيوز Sefneos (١٩٧٩)، فقد أطلق مفهوم العلاج النفسى التحليلى المختصر، والذى يستمر لمدة زمنية تتراوح بين ثلاثة إلى تسعة شهور، وكان ينظر للصراع النفسى الداخلى لدى الحالة على أنه ذو دور مهم فى نشأة واستمرار الاضطرابات المزاجية لديها، وأيضاً فى هذا الإطار تم التركيز على العلاقة بين المعالج والحالة كأداة للتغيير، وأخذ العلاج المختصر يركز على معتقدات واهتمامات الحالة الحياتية التى تساهم فى نشأة الاكتئاب النفسى، كما كان يركز على تعليم الحالة كيفية التعامل الكفء مع الآخرين. (Halgin & Whitbourn, 1994).

ويتضح من خلال العرض السابق لأساليب وتطبيقات العلاج بالتحليل النفسى فى بداياته وتطوره كمفاهيم نظرية وأسلوب علاجى أنه يركز فى مجمله على الأحداث الحياتية الماضية للحالة، ويربطها بما تعانيه فى الوقت الحالى. وإن كانت هذه الأحداث تسهم بقدر ما فى نشأة بعض الأمراض النفسية إلا أنها ليست العامل الأساسى الذى يقوم عليه نشأة وتطور واستمرار كل الأمراض النفسية ولا ينطبق ذلك على كل الأفراد أيضاً، ولا يمكن أن يكون هذا هو التفسير العلمى الذى يُطْرَح لكل المشكلات والصعوبات التى تواجهها الحالات. وأمر آخر وهو المفاهيم النظرية الفضفاضة التى قد يصعب تعريفها تعريفاً إجرائياً ثابتاً نسبياً، مثل الطرح وتفسير الطرح والطرح المضاد والطرح السلبى، والتى قد تختلف فى تفسيراتها من معالج لآخر أو بالنسبة للمعالج نفسه فى حالاته المختلفة والتعارض أو التفاعل الذى قد يحدث بين الطرح (من جهة الحالة) والطرح المضاد (من جهة المعالج) وما يمكن أن يترتب عليه من نتائج فى العملية العلاجية؟

ويعتبر الاعتماد على العلاقة العلاجية العميقة مع المعالج كأداة للتغيير من العوامل التى تسهم فى إضعاف الكفاءة العلاجية للأسلوب، حيث تظهر

الحالة فى صورة سلبية، تابعة للمعالج، وماذا سيحدث لو لم تكن هذه العلاقة بالعمق الذى تتطلبه العملية العلاجية؟ فهل يتم إنهاء العلاج أم الاستمرار فيه؟ وتوحى العلاقة العلاجية العميقة (فى سياق التحليل النفسى) بأنها عرضة لعلاقة التأثير المتبادل بين كل من المعالج والحالة، حسب المرحلة التى يمر بها كل منهما من تبادل عملية الطرح والتفسير. وذلك قد ينعكس سلباً على الكفاءة العلاجية للأسلوب. وهل الاعتماد الكلى على المعالج فى حل الصراع الداخلى للحالة، واستكشاف المشاعر الدفينة والدوافع اللاشعورية التى تُعد سبباً وراء ظهور الاضطرابات التى تعانى منها الحالة، دون اللجوء لإشراك الحالة فى العملية العلاجية بطريقة فعالة وإيجابية يؤدى إلى الشفاء؟ أم تبقى هناك مرحلة تالية للعلاج، وهل يؤدى مجرد تفسير وحل الصراع الداخلى فى حد ذاته فقط إلى الشفاء؟.

أما فيما يتعلق بطول مدة العلاج بالتحليل النفسى فعلى الرغم من التطور الحادث فى العلاج النفسى التحليلى المختصر فإنه يستغرق من ثلاثة إلى تسعة أشهر، فما هى حالة المريض الذى يعانى من المخاوف، أو العجز الجنسى، ومدى تأثير ذلك عليه خلال كل هذه الفترة؟.

لذلك برزت الحاجة لتطوير أساليب العلاج النفسى بصورة أكثر إجرائية وذات بناء جيد وإجراءات محددة، وأيضاً إشراك الحالة فى العملية العلاجية والتعاون مع المعالج فى الوصول للتحسن والشفاء، بحيث يتم التركيز على الأعراض الراهنة التى تعانى منها الحالة والأسباب المباشرة، والحلول العملية السلوكية والمعرفية التى من شأنها تعديل وتنمية اتجاهات وسلوك الحالات وبالتالى تعديل الحالة المزاجية لهم. وظهرت الأساليب السلوكية والأساليب المعرفية والمعرفية السلوكية فى علاج الاكتئاب وسيتم عرضها ومناقشتها فى الجزء المتبقى من الفصل الحالى.

ثانياً: العلاجات السلوكية

افترضت النظريات السلوكية المبكرة أن أعراض الاكتئاب تنتج عن نقص التعزيز، فالمكتئبون ينسحبون من الحياة لعجزهم عن أن يكونوا فاعلين فى بيئتهم، يُعد اضطراب المهارات الاجتماعية أحد المصادر المهمة للاكتئاب، ونظراً لأنها توجه الفرد لأن يسلك بطريقة مرضية أثناء تفاعله مع الآخرين، وبدون المدعمات المستمدة من الآخرين أثناء عملية التفاعل، يظل الشخص المكتئب ضعيف المهارة، وينتهى به الأمر إلى هروبه من المسئولية سواء فى العمل أو الأسرة، والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية اليومية.

ويغطى العلاج السلوكى مدى واسعاً من المناحى والتوجهات العلاجية. وفى إطار العلاج السلوكى يتعامل المعالجون السلوكيون وفقاً لمختلف توجهاتهم مع كل من الأفكار (المعارف)، والمشاعر (الانفعالات) والأفعال وأساليبها وليس بالضرورة التعامل مع كل منها على حدة، فالتغير فى إحداها سوف يؤدى - غالباً - إلى التغيير فى المكونين الآخرين؛ فمثلاً لو تحول المريض من مشاعر الاكتئاب إلى مشاعر السعادة، فسوف يميل للتفكير فى نفسه والعالم والمستقبل بشكل أكثر تفاؤلاً، ويتبنى سلوكاً كان قد تجاهله سابقاً. ويركز المعالجون السلوكيون غالباً على السلوك، إنطلاقاً من وجهة النظر القائلة بأن التغير فى المشاعر والأفكار سوف يتبع بشكل آلى التغيرات الحادثة فى السلوك (Halgin & Whitbourn, 1994, 262-263; Curwen & Ruddell, 2000).

وتبعاً للتفسيرات السلوكية للاكتئاب أصبحت هناك عدة أساليب علاجية مستمدة من هذه التفسيرات منها: علاج اضطراب المهارات الاجتماعية، وعلاج حل المشكلات، والعجز المكتسب وإكساب الأمل، واضطراب العلاقات الاجتماعية بين الشخصين، والتعايش مع أحداث الحياة الضاغطة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ Halgin & Whitbourn, 1994, p. 263).

وسنعرض فيما يلى لبعض أساليب وتطبيقات العلاجات السلوكية الأكثر استخداماً وشيوعاً.

الأساليب السلوكية:.

بدأ العلاج السلوكى معتمداً فى الأصل على مبادىء التشريط الكلاسيكى والتشريط الفعال بادئاً من التجارب على الحيوانات ثم تطويعها لتجرى على الإنسان، وفى تطور للنظريات والأساليب السلوكية تم تطبيق هذه الأساليب فى التغلب على المشكلات النفسية، بحيث تم ابتكار وبناء عدد من الأساليب السلوكية التى تمثل تدخلات علاجية استناداً إلى النظريات السلوكية المفسرة لنشأة واستمرار الاكتئاب.

والافتراض الأساسى فى هذه الأساليب هو أن القيام بنشاط ما من شأنه أن يؤدى إلى إحداث تأثير إيجابى فى المزاج، ومن ثم خفض وتحسين الأعراض الاكتئابية أو التقليل من تكرارها واستمرارها على أن تكون هذه النشاطات موجهة وجيدة البناء، ويتم ممارستها بصورة إرادية تبعاً لخطة منظمة. وتشمل عدداً من الأساليب المختلفة منها: ممارسة الاسترخاء، وجداول النشاطات، وممارسة النشاطات السارة، والتدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية، والتدريب على التحكم الذاتى. (Halgin & Whitbourn, 1994) .

وسنعرض لهذه الأساليب تفصيلاً على النحو التالى:.

١- الاسترخاء:.

ابتكر جاكوبسون Jacobson ١٩٢٩ طرائق الاسترخاء Relaxation العضلى بطريقة منظمة وعرضها فى كتابه "الاسترخاء التصاعدى Progressive relaxation" . حيث أشار إلى أن الاسترخاء العضلى يؤدى إلى نتائج علاجية إيجابية لدى مرضى القلق. وهوما أشار إليه لاحقاً المعالجون النفسيون المعاصرون.

وقام جوزيف ولبى J. Wolpe بتطوير أسلوب الاسترخاء، حيث أسس نظرية كاملة فى العلاج النفسى تقوم على الاسترخاء العضلى العميق. ويعتبر أسلوب ولبى من أشهر الأساليب المستخدمة فى الاسترخاء العضلى العميق.

وتشير المشاهدات العلمية والعيادية إلى أن الأفراد يستجيبون للإضطرابات الانفعالية بزيادة التوترات العضلية وتضعف هذه التوترات القدرة التوافقية للفرد، كما تضعف قدرته على النشاط الموجه، والإنتاج، والكفاءة الاجتماعية والعقلية، لذلك يُعرّف الاسترخاء على أنه قدرة الفرد ومهارته فى القيام بمنع كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. ويختلف الاسترخاء عن مجرد الهدوء الظاهرى أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته لساعات عدة لكنه لا يكف عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى، مثل التململ الحركى، والتقلب المستمر، والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. وقد يستخدم الاسترخاء مستقلاً أو مع أساليب علاجية أخرى لمواجهة المواقف التى ارتبطت بإثارة القلق والاكتئاب. وهناك شروط مهمة يجب توافرها لنجاح الاسترخاء، وهى درجة متوسطة من الذكاء، وقدر من النضج، والقابلية لتنفيذ التعليمات، والاتجاه الإيجابى نحو الأسلوب، وبعض الشروط الإجرائية مثل المداومة والمثابرة على التدريبات، والالتزام بعدد المرات المحددة للتدريب، وتنفيذ الشروط المكانية الملائمة لممارسة التدريب. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ٢٣٩ – ٢٤٥).

إن التدريب على الاسترخاء يُكسب الفرد مهارة وخبرة جديدة يمكن استثمارها فى التطمين التدريجى للتعامل مع المواقف التى ارتبطت بإثارة القلق والاكتئاب فى الماضى، أو التدريب على المهارات الاجتماعية، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب كان يصعب على الفرد أن يقوم بها دون أن يكون هادئاً، وأيضاً يستخدم كطريقة لإكساب الشخص الهدوء إزاء المواقف التى تعتبر مصدراً للإثارة الإنفعالية، وبالتالى تحييد مشاعر القلق نحو هذه المواقف، وأيضاً يستخدم فى تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة التى قد تكون سبباً فى إثارة واستمرار الاكتئاب، وبالتالى يمكن للفرد إدراك المواقف المهددة بصورة عقلانية ومنطقية. وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوى والعضلى والاستثارة البدنية جزءاً من مشكلات المريض النفسية. (المرجع السابق، ص ص ٢٢٢ - ٢٢٣).

وهناك عدة طرائق لتنفيذ الاسترخاء والتدريب عليه كمهارة وخبرة جديدة، أهمها طريقة الاسترخاء العضلى العميق، والاسترخاء عن طريق إثارة الصور الذهنية مثل (نزهة على الشاطئ) الذى وضعه فيزلر (Fezler)، والاسترخاء العضلى التمييزى العميق Discrimination relaxation. وسوف نستخدم فى البرنامج العلاجى الراهن الاسترخاء العضلى التمييزى العميق والذى يعتمد على قدرة الفرد على التمييز بين إحساسات الشد والاسترخاء فى كل مجموعة عضلية أثناء ممارسة التدريب وذلك بهدف زيادة قدرته على اكتشاف مصادر وعلامات الشد مبكراً بحيث يتيسر فيما بعد انتشار الاسترخاء سريعاً لكل هذه المجموعات العضلية (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤ ص ص، ٣٥١- ٣٥٤، ١٩٩٨ص ص، ٢٥٦- ٢٦٠؛ الصبوة، ٢٠٠٣). وسوف نعرض تفصيلاً لتدريبات الاسترخاء العضلى التمييزى ضمن سياق الإجراءات العلاجية فى البرنامج العلاجى فى إطار الفصل التالى.

٢- جداول النشاطات Scheduling activities'.

المكتئبون غالباً ما تنقصهم الدافعية، خاصة من يعتقد منهم "أنه لا يستطيع القيام بعمل أى شئ". وقد يكون من المفيد فى مثل هذه الحالة، مساعدة هؤلاء الأفراد على وضع مخطط لنشاطاتهم اليومية ساعة بساعة، وذلك بناءً على مهام ومتطلبات اليوم. ومن شأن هذا الإجراء أن يجعلهم أكثر نشاطاً ويرفع من دافعيتهم ويجعلهم أقل اكتئاباً (Kasia & Palmer, 2000, pp. 56-57).

وقد يرجع نجاح هذا الإجراء إلى أنه يساعد فى تخفيف الضغوط اليومية المتمثلة فى تراكم الأعباء والمهام والتنظيم والتخطيط لإنجاز هذه المهام مما يجعلها ثقيلة، وتثير مشاعر الإحباط والتشاؤم خوفاً من العجز عند إنجازها. وعندما تتفاعل هذه المشاعر مع نقص الدافعية لدى مرضى الاكتئاب، فذلك يزيد من نقص هذه الدافعية من جهة، وزيادة حدة واستمرار الأعراض الاكتئابية من جهة أخرى.

٣ – ممارسة النشاطات السارة:.

يقصد بالحدث أو النشاط السار Pleasure activities أى فعل أو تصرف يقوم به الفرد قصداً أو عمداً بهدف تقليل معاناته من المزاج الكئيب، والقضاء على الملل، وتجديد الحيوية والنشاط. وقد عُرف هذا الأسلوب فى البداية باسم أسلوب فيلتون Filton الذى انطلق من قاعدة علمية مؤداها أن الأحداث السارة تقوم بكف استجابات الاكتئاب، وزيادة معدلات السعادة والرضا عن الذات والآخرين وارتفاع معدل الكفاءة الشخصية. وبمقتضى هذا الأسلوب كان "فيلتون" يطلب من الأفراد (فى تجاربه العلمية) أن يقرأوا (كلا على حدة) فى صمت ثم بصوت مسموع عدداً من العبارات التى تدور حول الكفاءة الشخصية، والرضا عن النفس، وتأكيد الذات والصحة الجسمية (من قبيل: أننى سعيد، أشعر بأننى راض تماماً عن أمورى الشخصية، إننى مسرور لما تسير إليه الأمور... إلخ) وأن يحاول كل فرد أن يضع نفسه فى الحالة المزاجية التى تعبر عنها العبارة. وقد وجد "فيلتون" بالفعل أن الحالة المزاجية تتأثر إيجابياً لدى أكثر من ٥٠٪ من الأفراد، ولو أن هذا التأثير لا يستمر إلا لفترات قصيرة (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص Ingram, 1994:٣٣٦) .

واتخذ علماء العلاج السلوكى هذه المحاولة منطلقاً لتكوين وابتكار أساليب متنوعة بهدف التخفيف من الاكتئاب وتعديل المزاج، وقد كوَّن ليونسون قائمة اشتملت على أكثر من ٣٠٠ حدث أطلق عليها "قائمة الأحداث السارة" Pleasamt Events Schedule (PES). ومن خلال المشاهدات العيادية للقائمين على العلاج النفسى السلوكى، اتضح وجود فروق كبيرة بين الأفراد من حيث تصنيف الأحداث التى يعتبرها سارة، لذلك فمن الأفضل أن يحدد كل فرد قائمته للأحداث السارة بنفسه. وليس من الضرورى أن تكون هذه الأحداث ضخمة، أو تستغرق وقتاً طويلاً فى أدائها بل يفضل أن تكون أحداثاً بسيطة لا تستغرق سوى وقت قصير فى أدائها وممارستها.

ووجد كل من ليونسون ١٩٩٣، وعبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ومحمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣، أن التأثير الإيجابى للأحداث السارة تزداد كفاءته فى كف الاكتئاب إذا ما تم استخدام وتوظيف هذه الأحداث مع الأساليب العلاجية الأخرى مثل العلاج المعرفى، والاسترخاء، وتوكيد الذات، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

والعلاقة بين الأحداث غير السارة والاكتئاب علاقة دائرية، حيث وجد أن تواتر الظروف الصعبة وتزايد نسبة الأحداث غير السارة، وازدياد المشقة تساهم فى نشأة واستمرار الاكتئاب لذا فإن هناك اهتماماً أساسياً بتعديل المزاج الاكتئابى عن طريق زيادة معدل ممارسة الأحداث السارة لدى المرضى فى سياق حياتهم اليومية.

وتتضمن اى قائمة للنشاطات السارة ثلاثة أنواع من النشاطات هى:.

أ- أحداث ونشاطات اجتماعية ذات طابع سار غير منفر، وتتضمن جميع أنواع التفاعلات الاجتماعية الدافئة والحميمة.

ب- أحداث ونشاطات شخصية يقوم بها الفرد متعمداً، ومنفرداً، حيث أنها تشعره بالكفاءة واللياقة الشخصية، وتعطيه إدراكاً بأهميته، وتشعره بالاتزان وبأنه مفعم بالحيوية.

ج- أحداث ونشاطات سارة مضادة للاكتئاب مباشرة، وتتضمن جميع أنواع المشاعر، والانفعالات السارة، التى تكف المزاج الاكتئابى (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ٣٣٦ - ٣٣٨؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣).

واستخدام أسلوب ممارسة النشاطات السارة كأسلوب علاجى يجب ألا يتم وفق الصدفة أو كلما اقتضى الحال، بل يجب أن يَنصَّ فى التعليمات المقدمة للحالات على ضرورة تخصيص وقت يومياً لممارسة هذه النشاطات. ضمن الجدول اليومى للنشاطات والمهام. وأن تُمارس هذه النشاطات وتُكرر عمداً بهدف إحداث تغيير إيجابى فى المزاج الاكتئابى. وإذا كانت ممارسة

النشاطات السارة تحتاج فقط إلى دافعية مرتفعة، وتنظيم، وتعمد الأداء، فإن هناك جوانب أخرى من شأنها أن تؤدى إلى خفض حدة الأعراض الاكتئابية وتساعد فى التحسن والشفاء، وهى تحتاج إلى قدر من التدريب، والصقل لتنميتها مثل ما سنعرضه على مدى السطور التالية، وهو التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية.

٤ – التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية:.

كثير من السلوك الإنسانى سلوك متعلمٌ، وكثير من الأفراد يتعلمون عدداً من المهارات فى نواحى شخصية واجتماعية معينة، لكن قد يكون هناك نقص أو خلل فى مناطق أخرى. وجزء من عمل المعالجين السلوكيين ينصب على التعامل مع هذه المهارات من حيث التدريب عليها وتنميتها، وذلك بتناول كل مكون من مكوناتها خطوة بخطوة.وتتضمن تلك المهارات أنواعاً عدة، أهمها: التدريب على المهارات التوكيدية Assertion skills training، وتدريب المهارات الاجتماعية Social skills training، وتدريبات المهارات الجنسية Sexual skills training.ويستخدم المعالجون السلوكيون مدى واسعاً من الأساليب لكل نوع من هذه المهارات. منها: النمذجة Modelling حيث يقوم المعالج بتوضيح السلوك المناسب مكوناً بمكون، ويطلب من الحالة أن تتبع المثال الذى قدمه المعالج. ويقوم المعالج بتقديم عائد Feedback يتمثل فى مكافآت على الأداء الجيد، وكمثال لبعض المكونات الفرعية المتطلبة فى مهارة ما، أن السلوك التوكيدى قد يتطلب إتقان بعض المهارات الفرعية لفظية وغير لفظية مثل التواصل بالعينين Eyecontact والتعبيرات الوجهية Facial expression ووضع الجسم.

وأسلوب آخر يستخدم فى التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية هو أداء الأدوار، وهو من الأساليب الجيدة ذات الكفاءة والمستخدمة فى العلاج السلوكى. وفيها يشترك كل من المعالج والحالة فى تمثيل حوار تفاعلى Senario لمشكلة ما داخل الجلسات العلاجية، سواء فى العلاج النفسى السلوكى الفردى أو الجمعى. ومن الأمثلة الشارحة أن المعالج قد يقوم بأداء

دور شخص يقوم بتغيير سلعة من محل، أو طلب خدمة من صديق، أو رفض لطلب ما ، وهنا يقوم المعالج بتقديم نموذج سلوكى واضح إيجابى بمستوى ملائم للحالة.(عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨ ص ص ٢١٧ - ٣٢٠؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٢؛ Curwen & Ruddel, 2000, p. 37).

وسنعرض فى سياق البرنامج العلاجى وإجراءاته لتفاصيل المهارات التى تم التدريب عليها والإجراءات والأساليب المستخدمة فى هذا الصدد.

ويختلف التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية عن التدريب المستخدم فى بعض الجوانب الأخرى مثل التدريب على التحكم الذاتى، من حيث المضمون، والإجراءات المتبعة فى التدريب، وسنعرض لذلك على النحو التالى:.

٥- التدريب على التحكم الذاتى:.

يهدف التدريب على التحكم الذاتى إلى مساعدة الحالة فى التحكم فى سلوكها الشخصى، ومشاعرها. فغالباً ما يكون السلوك اللاتوافقى المضطرب مسبوقاً بأحداث تفجره، وهذا الحدث المفجر (المفتاح) يكون مبهماً للحالة، وغير مدرك. وفى التدريب على التحكم الذاتى يُطلب من الحالة إجراء تدوين يومى للسلوك المضطرب، والظروف التى يحدث فيها. وهذا الأسلوب من المراقبة الذاتية يستخدم بشكل واسع فى العلاج السلوكى؛ وكمثال على السلوك المنحرف الذى ينجم عنه بعض الاضطرابات النفسية: شرب الكحوليات، وهنا تقوم الحالة بتدوين ماذا تشرب، وتكرارات الشرب، وأين يحدث السلوك، ومتى يحدث، وما مدى الارتباط بين سلوك الشرب والأحداث الضاغطة المحيطة، والانفعالات غير المرغوب فيها. ومن خلال هذه المراقبة الذاتية يستطيع العميل أن يحدد مواقف معينة تفجر سلوك التعاطى، ويتم تشجيع العميل على الاستمرار فى تدوين الملاحظات عن السلوك كما يحدث. وتكافئ الحالات نفسها بطريقة ما عند المواظبة على هذه المراقبة الذاتية فيما يسمى بالدعم الذاتى (Curwen & Ruddell, 2000, pp. 37-38; Emmelkamp, 1994).

وبعد عرضنا لبعض أساليب العلاج السلوكى للاكتئاب، ينبغى الإشارة إلى التكامل الوظيفى بين هذه الأساليب المتعددة، لأنه على الرغم من أنها قد تختلف فى إجراءاتها، فإنها تشترك فى الأسس النظرية التى انطلقت منها.

أما من الناحية التطبيقية فى إطار الممارسات العيادية، فيجب الإشارة إلى أن المعالج السلوكى، أو المعالج المعرفى السلوكى يمكن أن يستخدم أحد هذه الأساليب، أو أكثر من واحد منها وذلك بناءً على طبيعة المشكلة والأعراض المرضية، والهدف من البرنامج العلاجى المقدم للحالة. وأيضاً يمكن أن يستخدم واحداً منها أو أكثر مع أنواع أخرى من العلاجات النفسية، مثل العلاجات المعرفية، وذلك فى منظومة متناغمة تجمع بين كل من الأساليب السلوكية، والمعرفية فى برنامج علاجى واحد. كما سنعرض لذلك لاحقاً. لكن وقبل أن نتعرَّف طبيعة هذا التناغم والتكامل بين الأسلوبين، يجب أن نعرض للأساليب المعرفية المستخدمة فى علاج الاكتئاب، وذلك تمهيداً لعرض منطق التكامل بين كلا المنحيين والأسلوبين فى المجال العلاجى.

العلاجات والأساليب المعرفية:.

سنعرض فى هذا السياق لنوعين من العلاجات المعرفية هما: العلاج العقلانى الانفعالى لألبرت إليس A. Ellis، والعلاج المعرفى لآرون بيك A. Beck، وسنناقش أيضاً المبادئ الأساسية ونقاط الالتقاء، ونقاط الاختلاف فى كلا الأسلوبين، وسنعرض للأساليب العلاجية المعرفية المستخدمة فى إطار كل منهما. وذلك كما يلى:.

أولاً: العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى:.

أُطلق على العلاج العقلانى الانفعالى لإليس هذا الاسم الجديد "العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى Rational Emotive Behavioral Therapy" نظراً لاستخدام عددٍ من الأساليب السلوكية الشائعة فى إطار هذا العلاج، يتم من خلالها إحداث التغير المعرفى مثل استخدام الواجبات المنزلية، وممارسة الاسترخاء، والتعرض التخيلى.

يقدم العلاج العقلانى الانفعالى نموذجاً بسيطاً لفهم كيفية أن توقعاتنا، وتصوراتنا، وتفكيرنا يمكن أن تنتج مشاعرنا المضطربة، وأيضاً كيف يمكن أن نعالج كل تفكير لاعقلانى ناتج عن هذا الاضطراب وذلك فى النموذج التالى:.

أ- حدث مثير (مثل الرفض من قبل الشريك).

ب- المعتقدات التى تمثل نظرة الفرد لهذه الأحداث (أنا لم أستطع أن أحصل على حبها لى فى حين أنه يجب أن أحصل عليه، لذلك فأنا فاشل).

ج- المترتبات السلوكية والانفعالية والتى تحددها المعتقدات التى يتبناها الفرد عن هذا الحدث (مثل الاكتئاب، والانسحاب).

د- مناقشة المعتقدات المضطربة الناتجة.

هـ - نظرة فعالة جديدة عقلانية مصحوبة بتغيرات انفعالية وسلوكية إيجابية (مثل التخلص من الحزن، والقبول الذاتى).

ويشير "إليس" إلى أن التوقعات والافتراضات اللاعقلانية التى يضعها الأفراد عند مناقشة أساليب حياتهم هى الأساس فى إحداث المعاناة الانفعالية والوجدانية التى يعيشها الأفرادومن هذه الافتراضات اللاعقلانية، طلب الشخص من نفسه ومن الآخرين الكمال، وأن يكون محبوباً ومقبولاً من جميع الأفراد، وأن يكون محموداً على كل ما يقوم بأدائه من أعمال وأيضاً كل أساليب تفكيره المضطربة (اليجبات) الأخرى التى يعتقد فيها الفرد. لذلك فإن العلاج العقلانى الانفعالى يهدف إلى مساعدة الأفراد فى التغلب على المشكلات الانفعالية، والسلوكية، من خلال مواجهة وتحدى مثل هذه الافتراضات وأساليب التفكير الثنائية، وحث الفرد على ألا يضع لنفسه أهدافاً ومطالب قد يستحيل الوصول إليها وتحقيقها، ووضع أهداف محددة ومباشرة، والوصول إلى طريقة تفكير أكثر عقلانية.

وتتطلب عملية تعديل أساليب التفكير، والتعديل المعرفى، عدداً من الخطوات المنظمة لتحديد المواقف أو الخبرات المرتبطة بالإثارة الانفعالية، والاضطراب الاكتئابى، ثم تحديد تفسيراتنا وإعزاءاتنا وتعليلاتنا لهذه المواقف أو الأحداث أو الأشخاص، وذلك وفق خطة علاجية منطقية ومنظمة تتضن عدداً من الأساليب المعرفية والسلوكية التى من شأنها إحداث التغير المعرفى، وتغيير الحالة المزاجية الاكتئابية بصورة إيجابية.(Neenan, 2000, pp. 277-287 & Benajon, 2000) وتشتمل الخطة العلاجية على المحاور والمكونات التالية:.

أ- تهيئة الحالة للعلاج:.

يعنى ذلك تعليم الحالات ما هو مطلوب منهم خلال العملية العلاجية، ولذلك فهم يشاركون بفاعلية، ويُبَصَّر الأفراد بأن عليهم نوعين من المسئولية هما:.

أ- مسئولية انفعالية: حيث يجب أن يكونوا على وعى بأن اضطراباتهم الانفعالية إنما تنشأ وتحدث ذاتياً. حتى لو أنهم لاموا غيرهم ونظروا إليهم على إنهم سبب هذه الاضطرابات.

ب- مسئولية علاجية: وهى أن يكونوا على وعى تام بأنهم فى حاجة مستمرة لأداء عدد من المهام على مدى حياتهم للتغلب على الاضطرابات الحادثة لديهم وأيضاً للمحافظة على المكاسب العلاجية التى حصلوا عليها من خلال العلاج النفسى.

وفى هذا السياق يقوم المعالج بتعليم الحالة أساليب جديدة للتفكير وإدراكهم لمشكلاتهم وذلك بتقسيمها إلى ثلاثة مكونات هى:.

أ- **الحدث أو الموقف المثير للقلق** والاكتئاب.

ب- **والمعتقدات حول هذا الحدث.**

ج- **والانفعالات** الناتجة **عن سوء** التفكير فى هذا **الحدث والسلوكيات المترتبة** عليه.

ويصبح التصور للمكونات الثلاثة للمشكلة فى صورة (أ - ب - ج) أى حدث ـ معتقد ـ انفعال وسلوك. وينتج السلوك المضطرب فى الصورة التى

تشتمل على المكونين أ - ج كأسلوب تفكير ونظرة إلى المشكلة. وكمثال على هذه العلاقة أن "الحديث أمام الجماعة يشعرنى بالتوتر والقلق". وفى هذه العلاقة يكون الحدث هو السبب المباشرة لوجود الانفعال أو السلوك المضطرب، وهو ما يمثل نمطاً لاعقلانياً من التفكير. ومن ثم يتركز الهدف فى العلاج العقلانى الانفعالى تصحيح هذه العلاقة إلى نمط عقلانى من التفكير يتمثل فى العلاقة (ب - ج) أى أن معتقداتنا عن الحدث أ ونظرتنا له هى التى تسبب انفعالاتنا وسلوكنا المضطرب رداً على هذا الحدث، لتصبح العلاقة العلاجية المنطقية العقلانية هى (أ - ب - ج)، حيث تقف المعتقدات والتصورات عن الحدث والذات والآخرين كعوامل وسيطة بين الحدث والسلوك المضطرب وبالنسبة للمثال السابق عن العلاقة المضطربة، يصبح النمط العقلانى من التفكير متمثلاً فى (كيف تصبح تصوراتى وتوقعاتى عن ذاتى والآخرين والموقف سبباً فى شعورى بالقلق والتوتر من الحديث أمام الجماعة). وإدراك الأفراد لهذه العلاقة بين التصورات اللاعقلانية وأساليب التفكير المضطربة، والمعاناة الانفعالية لديهم يجعلهم أكثر قدرة على تحمل مسئولياتهم الانفعالية والعلاجية. وبعد أن تتعلم الحالة النظر إلى مختلف المشكلات بالصورة السابقة تكون مهيأة للتحول من الحلول الخاطئة إلى الحلول الواقعية وتعتبر هذه الطريقة هى المفضلة للتغيير المعرفى فى العلاج العقلانى الانفعالى، وتتضمن التنازل عن كل أساليب التفكير الثنائى ذى الطبيعة الحتمية الثابتة والجامدة، وليس الطبيعة النسبية من قبيل يجب، ولازم، وحتماً... ليس فقط فى طريقة عرض المشكلة، إنما أيضاً فى سياق الحياة العادية للحالة، ويساعد ذلك على تقليل الإحباط الانفعالى المستقبلى ليحقق ما يسميه إليس Ellis بالتغير الفلسفى العميق Profound philosophical change. ويرى إليس أن هذا التغير يمثل الحل الإيجابى للمشكلات الانفعالية.

ويوجد عدد من الإجراءات والتدخلات السلوكية والمعرفية يتم اتباعها فى سياق العلاج العقلانى الانفعالى، وكمرحلة تالية لتهيئة الحالة للعلاج، وسنعرض لهذه الإجراءات والأساليب فيما يلى:.

أ) العلاقة بين المعالج والحالة:.

تُبنى هذه العلاقة عادة على أسس علاجية محورية، تتضمن التفهم Empathy (ويعنى تفهم تام لوجهة نظر الحالة بدقة)، والدفء Wormth دون استحواذ، والاحترام، والصدق، وعدم التكلف Genuin (ويعنى أن يتصرف المعالج على نحو طبيعى ومفتوح)، ونظرة إيجابية غير مشروطة (التقبل الواقعى) ويعنى تقبل الحالة دون أى تحفظات، والعلاج العقلانى الانفعالى يسمى هذه العملية بالتقبل غير المشروط Unconditional acceptance.

وتعد هذه الظروف مهمة فى تنمية العلاقة العلاجية بين المعالج والحالة، فهى تساعد على إحراز التقدم وتحقيق أهداف الحالة للتغير. أما بالنسبة للدفء مع الاستحواذ ("التقبل غير الواقعى) فالمعالجون يكونون دائماً قلقين من إظهاره بإفراط، حيث يمكن أن يدعم بعض الحاجات القوية للحب، والاستحسان له، ويجعلهم مقتنعين بأن ذلك بمثابة قدر عال من الدعم لهم، بدلاً من العمل بجد للتغلب على مشكلاتهم حيث أن ذلك هو الطريق الإيجابى للتغير. (Neenan, 2000, pp. 277-287, & Benajon. 2000).

ب) التقدير النفسى الإكلينيكى من المنظور العقلانى الانفعالى:.

ويتضمن التقدير النفسى الإكلينيكى فهم المشكلات الحالية للحالة، ودرجة شدتها. وفى هذا الصدد يطلب المعالجون معلومات واضحة بشكل علمى ودقيق عن الحالة، وذلك فى إطار الجلسة الأولى من العلاج. وبعد جمع هذه المعلومات بدقة يشترك كل من المعالج والحالة فى تحديد المشكلة الرئيسة، ووضعها فى إطار النموذج السابق (أ - ب - ج) وهذا الإجراء من شأنه أن يساعد الحالة على تعلم أسلوب واضح وملموس فى معالجة مشكلاتها، وعمل صياغة علمية واضحة لهذه المشكلات.

وتأتى بعد تحديد مشكلات الحالة وصياغتها وزيادة وعيها واستبصارها بها ـ كخطوة أولى لحلها ـ مرحلة التدخلات العلاجية بهدف إحداث التغير الإيجابى، وهناك أربعة أنواع من التدخلات هى:

١- التدخلات والأساليب المعرفية:

تهدف التدخلات المعرفية إلى مساعدة الحالة على النظر إلى أسلوب تفكيرها بطريقة أكثر بنائية وإيجابية عن طريق تعليم الحالة كيفية اختبار التفكير اللاعقلانى، وذلك من خلال ثلاث محكات رئيسة هى: المنطق Logic' والواقعية Realism' والفائدة المرجوة أو النتائج الإيجابية Usefulness. وهذه المحكات الثلاثة ترتبط ببعضها بعضاً ارتباطاً وظيفياً، وهى ليست منفصلة؛ فلو أن شخصاً ما (على سبيل المثال) يريد أن يعطى انطباعاً جيداً طوال الوقت عن شخصيته بأنه شخص يتمتع بالذكاء وودود، وذو صفات حسنة فى كل جوانب حياته، وأنه يجب أن يعطى هذا الانطباع طوال الوقت فإنه سوف يشعر بالقلق وعدم الرضا والاضطراب. فهذا المعتقد لاعقلانى ولا يخضع للمنطق النسبى العام حيث يمكن أن يختلف الفرد من موقف إلى آخر، وهو أيضاً غير واقعى لأنه لم يضع فى اعتباره الآخرين واختلاف آرائهم وانطباعاتهم، وحتى لو تحقق له ذلك فهل يستطيع هو بالفعل أن يعطى هذا الانطباع طوال الوقت؟ وهل لن يمر بأى مواقف من شأنها أن تؤدى إلى القلق والتوتر؟ وهل ذلك يتلاءم مع ظروفه المحيطة به وظروف الآخرين بحيث يعود ذلك عليه بالنفع؟ ولو استطاع الفرد أن يضع معتقداته وتفكيره فى هذا الإطار باستخدام المحكات الثلاثة السابقة، **فسوف يكتشف** مدى لاعقلانية **طريقته فى التفكير.**

ويمثل ذلك جوهر العلاج العقلانى **الانفعالى، وهو تغيير المعتقدات والتوقعات** والافتراضات اللاعقلانية التى **تمثل من وجهة نظر "إليس" الأساس** فى حدوث المعاناة الانفعالية للأفراد. وبناءً على **المحكات** السابقة يتم مناقشة الأفكار والتوقعات اللاعقلانية للحالات للوصول إلى التغير الإيجابى. (Ibid).

٢- التدخلات والأساليب السلوكية:

وهى مهام ذات كفاءة فى حث الحالة على التغيير الإيجابى، ويتم مناقشتها مع الحالة على أنها ستكون متحدية إلا أنها لن تكون مثبطة للهمة بحيث تمنعها من المضى فيها وإنجازها، وتحملها (فمثلاً قد توافق الحالة على إعطاء أو تقديم عرضين أو محاضرتين لزملائها شهرياً بدلاً من تقديم واحدة أسبوعياً، وبطبيعة الحال سوف تحاول أن تتحاشى ذلك لو أمكن). وعندما تستمر فى تقديم المحاضرات فهى تقوم بعمل نوع من التحدى العقلى بالرغبة فى تبنى معتقد جديد مؤداه "أنا يجب أن أقدم عرضاً جيداً"، وتقوم هى بتحفيز وتقويم أدائها فى سبيل عمل ذلك، إلى جانب الواجبات المنزلية المتصلة بأداء تمرينات الاسترخاء (Ibid).

٣ - التدخلات الانفعالية:

وهدف هذه التدخلات هو تعليم الحالة من خلال المواقف الواقعية التى تشترك فيها أن تظهر انفعالاتها الكئيبة بطريقة تثير معتقداتها اللاعقلانية. وهذه التجارب أو التمارين الواقعية عن المعتقدات تعلم الحالة عدم إلقاء اللوم على نفسها على أساس التصرفات السلوكية أو الأرجاع الصادرة عن الآخرين (مثل: عندما أقوم بتصرف ما أحمق، فذلك لا يجعلنى أحمقاً بالفعل). ويتم تقبل الذات بشكل واقعى من خلال جمل وصياغات انفعالية محددة. ومن أمثلة هذه الجمل: عندما أُخطئ فذلك ليس نهاية العالم، ليس بالضرورة أن أكون مقبولاً من كل الناس، لكن يمكن أن يكون لى شعور إيجابى متبادل مع بعضهم، وما إلى ذلك من الجمل الإيجابية الواقعية.

٤- أسلوب التعرض الخيالى:

ويعتبر أسلوب التعرض الخيالى العقلانى الانفعالى Rational emotive imagery من الأساليب الأساسية فى العلاج العقلانى الانفعالى، حيث يتم

تشجيع الحالة على استحضار الشعور بالقلق والاكتئاب عن طريق تخيل موقف مثير للمشاعر المضطربة مثل تخيل الحالة أنها فى موقف تقديم محاضرة أو عرض لزملائها، ودون أن تغير أى مكون من مكونات هذه الصورة العقلية، تحاول استبدال مشاعرها الاكتئابية بشكل إيجابى. وهذه النقلة الانفعالية التى أحدثتها الحالة تساعدها على استبدال معتقداتها اللاعقلانية، بمعتقدات عقلانية. (Neenan, 2000, pp. 278- 287 & Benajon, 2000).

ويعتبر العلاج العقلانى الانفعالى من العلاجات ذات الكفاءة فى تحسين أعراض القلق والاكتئاب، ولكنه أقل كفاءة من التسكين المنظم فى حالة المخاوف المرضية، والقلق الاجتماعى، وهو أيضاً ذو كفاءة عندما يستخدم كأسلوب وقائى لمساعدة الأفراد الأصحاء انفعالياً على التعايش مع ضغوط الحياة بشكل أكثر كفاءة. (Ibid).

ويعتبر العلاج العقلانى الانفعالى "لإليس" تمهيداً لما قام به أرون بيك من تطوير فى النظرة إلى المعارف الإنسانية وطبيعتها وطبيعة عملها ودورها فى نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية على وجه الخصوص. وهذا ما سنعرض له حالياً بالتفصيل، وبعد ذلك تأتى المقارنة بين أسلوب إليس وبيك كأسلوبين علاجيين بينهما قدر من التشابه ولهما أسس نظرية واحدة.

ثانياً: العلاج المعرفى لآرون بيك:.

طور آرون بيك Aaron Beck أسلوب العلاج المعرفى للاكتئاب، اعتماداً على وجود ما سماه بالتشوه المعرفى Cognitive distortion' والعجز الوظيفى فى الاتجاهات Dysfunctional attitudes لدى مرضى الاكتئاب، واعتماداً على النظرية المعرفية. فإن الطريقة التى يفسر بها الفرد أحداث الحياة هى التى تحدد طريقة استجابته لهذه الأحداث وذلك على مستوى كل من السلوك والوجدان. وفى العلاج المعرفى يساعد المعالج الحالة على تعلم أساليب جديدة

لمعالجة المعارف اللاتوافقية Maladaptive information processing style ومعالجة العجز الوظيفى فى المعتقدات Beliefs. وفى إطار العلاج المعرفى أيضاً يتم تشجيع الحالات على جمع البيانات عن مشكلاتهم وإجراء التجارب لاختبار مدى صحة معتقداتهم، ويتم طرح عديد من الأسئلة بالمنهج، السقراطى وصولاً لهذا الهدف، وربط هذه المعتقدات بالخبرة الأولى.

ويؤكد العلاج المعرفى أهمية الاختبار الواقعى للفروض الخاصة بالمعتقدات. ويقوم المعالجون المعرفيون بتدريب الحالات على أداء دور الباحثين من خلال النظر إلى معتقداتهم على أنها فروض وليست حقائق يمكن اختبارها بشكل منظم على أن يتم التخلص منها فى حالة ما إذا ثبت أنها غير دقيقة وغير واقعية، وتتعلم الحالات أيضاً التفرقة بين مشاعرهم وأفكارهم. (Hollon & Beck, 1994, pp. 429 - 435; Burton & Suss, 2000 & Kazdin, 2000, pp. 169-170).

وفى إطار العلاج المعرفى كما صاغه بيك، يتم التعامل مع الأفكار الآلية والمخططات، وأخطاء التفكير، من خلال عدد من الأساليب والتخيلات المعرفية من شأنها إحداث تغيير معرفى إيجابى أو إعادة البناء المعرفى. ويمكن وصف هذه الأساليب والتدخلات على النحو التالى:.

١- مقاطعة الفكرة وإيقافها:.

يقصد بمقاطعة الفكرة وإيقافها، تعمد إيقاف الأفكار السلبية عند حدوثها وفق عبارة محددة (إننى سأوقف هذه الفكرة الآن)، ثم يتبع ذلك الانتقال إلى الفكرة الإيجابية التى تعقب ظهور الفكرة السلبية الأخيرة. وهذا الأسلوب هو تعديل لأسلوب "وولبه" Wolbe الأصلى الذى يتضمن القيام بعملية التوقف بطريقة أكثر قوة وشدة، كالتالى: "يتطلب ممارسة هذا الأسلوب، أن تكون فى مكان لا يسمعك فيه أحد، مثل أن تكون بمفردك فى المنزل، أو السيارة، أو المكتب، وعندما تكون مهيئاً للبدء فى التدريب عليك أن تبدأ فى

استثارة الفكرة السلبية على نحو متعمد، وعندما تتبلور الفكرة جيداً (انطق) بكلمة (قفى) بحزم وبصوت مرتفع، وسوف تلاحظ أن الفكرة ستتوارى لثوان استجابة للصوت المرتفع. كرر هذا الإجراء عدة مرات تطبيقاً على عدد آخر من الأفكار التى تسبب لك الانزعاج، ولمدة ثلاثة أيام أخرى متتالية، بعدها ابدأ تدريجياً فى تخفيض صوتك مع الحفاظ على قوة النبرة، واستمر فى هذه العملية حتى تصبح كلمة "قفي" تتم بشكل هامس، ثم بشكل غير مسموع كلياً، وفى هذه المرحلة يمكنك استخدام هذه الطريقة فى المواقف العامة". بالإضافة إلى ذلك هناك من ينصح باستخدام أساليب العقاب البدنى، أو التنبيه البدنى الشديد لإيقاف الفكرة مثل صفع اليد، أو إحاطة المعصم بإطار من المطاط لشده حتى نهايته وتركه حتى يؤلم المعصم كلما ظهرت الفكرة، وأياً ما كانت الطريقة المستخدمة للتدريب على إيقاف الفكرة (الأفكار) السلبية، فمن الضرورى الاحتفاظ بسجل يومى للأفكار الآلية السلبية، والإيجابية وملاحظة مدى التقدم فى عملية إيقاف الأفكار (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ٣٧٥- ٣٧٦).

٢ – أساليب الدحض والتفنيد:

يساعد هذا الأسلوب على كشف الجوانب السلبية لدى الحالات، أو الجوانب المبالغ فيها فى التفكير والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع مما يساعد على اكتشاف أن الطرائق السابقة من التفكير لم تعد تجدى، وأن الاستمرار فى تبنى هذه الأساليب لا يساعد على تكرار هذه الاضطرابات الناتجة فحسب بل أيضاً يزيدها قوة وتأثيراً. وكلما زاد الوعى والاستبصار بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة وإيجابية، زاد احتمال تبنيها كأسلوب للتفكير. وعندما يحدث التغير الإيجابى فى الأفكار الخاطئة، والمعتقدات المشوهة أو يتم التخلص منها، فإن ذلك يزيد من الفعالية الاجتماعية والقدرة التوافقية للفرد (المرجع السابق، ص ص ٣٧٦ - ٣٧٧).

٣- تعديل الأفكار ذات الدلالة:

تهدف عملية تعديل الأفكار ذات الدلالة إلى زيادة الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية، وإعطاء قدر من الواقعية للأهداف التى يضعها الفرد كمحددات لمسار حياته؛ فمثلاً: الشخص الذى يعتقد أن من الضرورى أن يظهر دائماً بمظهر القوة، ويكون هو الشخصية المسيطرة والمتحكمة فى سير الأمور، قد تؤدى به هذه الفكرة إلى الدخول فى صراعات اجتماعية سواء فى الأسرة، أم فى العمل أم مع الأصدقاء والزملاء. وعندما يتم تنبيه الفرد بأن طريقته فى تحقيق الهدف بالسيطرة والقوة ليست هى الطريقة الملائمة، قد يساعده ذلك على تعديل سلوكه الاجتماعى، ويتم التصحيح المستمر للقيم والأفكار، ويتم الربط بين الأهداف والنتائج المترتبة على فهم دوافع الآخرين والظروف المحيطة. ويجب ألا نتجاهل أو نقلل من شأن التغيير والتعديل فى البيئة الاجتماعية لإحداث التغير الإيجابى فى التفكير، إذ قد تكون هذه البيئة سبباً فى حدوث الاضطرابات التى يعانى منها الأفراد فى تفكيرهم المضطرب، أى أنها قد تكون مكتسبة نتيجة الخلل فى البيئة الاجتماعية، وفى بعض الأحيان يتم التعديل البيئى عن طريق تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين بالحالة نحو الحالة مثل الزملاء، وشريك الحياة، والأبناء أو أفراد الأسرة.

ونجد هنا أن التغيير والتعديل فى الأهداف والتعديل البيئى لا يختص بالفرد فقط (الحالة) بل قد يمتد ليشمل المحيطين به أيضاً بقدر ما يتركونه من تأثير عليه وبقدر اشتراكهم فى إحداث الاضطراب (المرجع السابق، ص ٢٧٨).

٤- الكف المتبادل:

يستخدم المعالجون المعرفيون، الكف المتبادل Receprocal inhibition لتغيير الأفكار اللامنطقية. ويشير المعالجون الذين يستخدمون هذا الأسلوب إلى أن الفرد لا يمكن أن يكون فى حالتين متناقضتين فى وقت واحد، فلا

يمكن أن يكون قلقاً ومطمئناً فى الوقت نفسه، أو مبتهجاً ومكتئباً فى آن واحد، لذلك يتم استبدال حالة القلق بحالة الطمأنينة عند التعرض لمصادر التهديد، وينطبق ذلك أيضاً على الأفكار؛ فالفرد لا يكون منطقياً ولا منطقياً فى الوقت نفسه، ولا يتبنى فكرة سلبية وإيجابية فى الوقت نفسه؛ فمثلاً قد يربط الفرد أدائه لعمل ما بتصوره أنه مصدر للمتعة وليس مصدراً للملل والضجر. وتعتبر طريقة الكف المتبادل طريقة فعالة فى إحداث التعديل السلوكى المطلوب، فضلاً عن أنها تؤدى إلى حسن استخدام البيئة وذلك بإدراكها - فى مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والخوف (المرجع السابق، ص ٣٨٠، Curwen, et al, 2000).

٥- الإقلال من التنافر المعرفى:

ينشأ عديد من الاضطرابات النفسية نتيجة ما يسمى بالتنافر المعرفى، أى عندما يعتنق الفرد فكرتين متنافرتين عن شئ واحد، بحيث تؤدى كل فكرة منها إلى تصرفات متعارضة مع ما تؤدى إليه الفكرة الأخرى. وينشأ عن هذا التنافر حالة من القلق، والاكتئاب، لذلك، وحفاظاً على الصحة النفسية للفرد فيجب تقليل هذا التنافر. وقد يكون ذلك عن طريق دعم إحدى الفكرتين دعماً إيجابياً، بحيث تتفوق على الأخرى، فمثلاً: الشخص الذى ينظر لعمله على أنه يفرض عليه واجبات ثقيلة تتطلب الخضوع لمعايير اجتماعية معينة فى سياق هذا العمل، وذلك يتعارض مع فكرته عن نفسه ومعاييره الخاصة؛ فقد يعترف بأن عمله قد يفرض عليه هذه الواجبات، ويحرمه من بعض المتع المؤقتة لكنه فى المقابل هو المصدر الرئيس للدخل المادى، والشعور بالاستقرار والشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام وتقدير الآخرين.

ويمكن كذلك الإقلال من التنافر المعرفى بطريقة أخرى تستند إلى تغيير الفرد اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفى عليه قيمة أقل من الموضوع الآخر، فمثلاً: فى حالات الاكتئاب قد يحتاج الشخص أن يعطى وزناً

لسعادته الشخصية وشعوره بالرضا عن نفسه، أكبر من الوزن الذى يعطيه لتأييد الآخرين أو حبهم له، خاصة فى حالة ما إذا تعذر تحقيق الهدفين معاً. وفى حالات أخرى قد يتعارض تصور الفرد لذاته مع تصور الآخرين عنه. وفى هذه الحالة من الأفضل أن يضع الفرد قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية عنه فيدركها على أنها أقل أهمية، وأقل وزناً، وبالتالى فهو يريد من وزن الفكرة الأخرى ويرفع من قيمتها، وهى فكرته عن نفسه والتى تُفيد بأنه على صواب، وأنه مقتنع بإمكاناته وقدراته.

وكثير من جوانب هذا التنافر قد ينتج عن قيم اجتماعية خارجة عنا ولا نتحكم بها. ويكمن الحل فى هذه الحالة فى محاولة تغيير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات معينة. وفى هذا الصدد قد تتضافر جهود المعالجين النفسيين وعلماء النفس وعلماء الاجتماع فى التصدى لهذه المشكلات (المرجع السابق، ص ص ٣٨١ - ٣٨٤).

٦- تجنب الربط بين وقائع غير مرتبطة بالضرورة.

لوحظ من خلال المشاهدات العيادية أن مرضى الاكتئاب يقومون بالربط بين وقائع وظواهر غير مترابطة، أو يستنتجون من ذلك نتائج سلبية تتعارض مع متطلبات الصحة النفسية والعلاج، وتكون النتيجة دائماً إما إثارة الاضطراب أو تغذيته والعمل على استمراره أو إعاقة العملية العلاجية ووضع عقبات فى سبيل التحسن. وهناك أمثلة عديدة على هذا الربط غير المنطقى بين الأحداث والوقائع، فمثلاً: قد يتعرض فرد للاكتئاب والإحساس بالذنب لأن أحد أفراد أسرته أصيب بمرض ما، أو أن شخصاً يتهم نفسه ويستنتج أنه شخص غير محبوب من شخص آخر، فقط لأن هذا الشخص أقام حديثاً ودياً مع شخص ثالث لا يحمل له الود، وما إلى ذلك من أمثلة تعكس استجابات مضطربة نتيجة الربط بين الاضطراب وبين وقائع ليست لها علاقة منطقية بالاضطراب. وهنا يجب توجيه انتباه الشخص إلى خطأ هذا الربط بين حدثين غير مترابطين

فى حقيقة الأمر، ويتم التغلب على هذا الاضطراب بأساليب الدحض والتفنيد لهذا الربط اللامنطقى، وأيضاً مراقبة الفرد لنفسه عند قيامه بعملية الربط، ومحاولته عزل مشكلته عن السياق السلبى الذى ينسب إلى المشكلة. ومن خلال هذا العزل يستطيع الفرد التعامل مع مشكلته على أنها معزولة عن الأفكار السلبية القائمة التى كان يتبناها ويصبح قادراً على تبنى اتجاهاً إيجابياً فى التعامل مع المشكلات التى يواجهها، ويتقبل النتائج غير السارة للمواقف التى يمر بها بشكل أكثر واقعية وتوافقاً (الصبوة، ٢٠٠٣؛ عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤؛ عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ Curwen, et al., 2000).

يتضح مما سبق أن العلاج المعرفى لبيك يركز على أنماط مضطربة من التصورات، والمعتقدات، والأفكار يتبناها الفرد عن نفسه، وعن حياته، وأيضاً تفسيرات مشوهة لما يواجهه من مواقف وأحداث حياتية قد تكون عادية بالنسبة للآخرين، وأساليب تفكير خاطئة تقوده إلى هذه التفسيرات وتنعكس فى صورة أفكار سلبية آلية، وآراء تشاؤمية، تؤدى إلى تعكر المزاج، والأعراض الاكتئابية. ويتم التصدى لهذه الجوانب المعرفية المضطربة من خلال عدد من التدخلات العلاجية المعرفية ذات الكفاءة فى التعامل مع كل نمط من هذه الاضطرابات (كما تم عرضها سابقاً).

العلاج المعرفى بين إليس وبيك:.

عرضنا فى إطار العلاجات المعرفية لنوعين من العلاجات هما: العلاج العقلانى الانفعالى "لإليس" والعلاج المعرفى "لبيك"، فما هى أوجه الشبه والاختلاف بينهما حيث أنهما يستندان إلى خلفية نظرية واحدة. وفى هذا الصدد يمكن أن نعقد المقارنة التالية بين الأسلوبين:.

١- يعتبر العلاج المعرفى "لبيك" أكثر استخداماً للمحكات الواقعية فى الحكم على النتائج الخاصة بالتفكير.

٢- المعالجون المعرفيون الذين يتبنون العلاج المعرفى لبيك يكونون أكثر وعياً بالمخططات السلبية (والتى تشبه إلى حد كبير المعتقدات اللاعقلانية عند "إليس")، ويضعون فى اعتبارهم كل أنماط التفكير المشوهة واللاتوافقية واللامنطقية، ويكون تعاملهم مع المرضى الاكتئابيين ذا علاقة تعاونية تشاركية، ويتسم عملهم مع المرضى بأنه استقرائى Inductive حيث يعملا معاً (المعالج والمريض) على اكتشاف المعتقدات اللامنطقية المبطنة للأفكار السلبية للمريض عن طريق فحص كل أنماط التفكير المشوه لديه. وفى المقابل فإن المعالجين الذين يتبنون العلاج العقلانى الانفعالى "لإليس" يعملون بشكل أكثر استنباطياً Deductive ويضعون ثقتهم فى أن مرضاهم لديهم قائمة من المعتقدات الخاطئة المحددة سلفاً، أو أنهم يطلبون مطالب لاعقلانية لأنفسهم أو من الآخرين، وبعد ذلك يبحثون عن الدليل الذى يدعم هذه الافتراضات.

٣- يرى بيك أن المعالج المعرفى يجب أن يتحاشى الاستبطان، لكن "إليس" فى المقابل غالباً ما يستخدم الأحاديث أو المحادثات الاستبطانية.

٤- يميل بيك لتسمية الأفكار السلبية بـ "الأفكار غير المنتجة" Improductive ideas ولا يستخدم الصفات كما يلجأ إليها "إليس" مثل اللاعقلانية، أو المختلفة.

٥- وأخيراً يوصى بيك بأن يبدأ المعالج بطرح تصور للعلاج، ويعلم المريض بالإطار المرجعى الذى يستند إليه، لذلك تستطيع الحالة الشعور بفهم أعمق لمنطق العلاج، مما يجعلها أكثر فعالية ورغبة فى المضى فى العملية التشاركية التعاونية لمواجهة المعتقدات المختلة. وفى المقابل فإن "إليس" يفترض أن التدخلات من المهم أن تقتحم الأنماط اللاتوافقية المتعلمة من التفكير، لذلك فهو يتصدى مباشرة للمعتقدات اللاعقلانية لدى الحالة وغالباً بعد دقائق من بداية الجلسة الأولى للعلاج. (Dabson & Kring. pp. 274-276. 2004).

بعد أن عرضنا للأساليب المعرفية، والسلوكية المستخدمة فى علاج الاكتئاب نأتى إلى مرحلة الجمع بين هذين الأسلوبين فيما يسمى بالعلاج المعرفى السلوكى. وفى هذا الإطار سنناقش منطقه، وبناءه، وأساليبه المتعددة، وسنناقش أيضاً العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، ومنطق التكامل بين الأسلوبين، وسوف نعرض لأساليب المساعدة الذاتية التى استخدمناها فى سياق البرنامج العلاجى الحالى، وفى إطار العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، وذلك على النحو التالى:.

العلاج المعرفى السلوكي.

دَوَّنَ أحد الفلاسفة فى العصور الأولى وهو "إبكتيتوس" (Epictetus)[٣] "أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف وتفاعل مع الأشخاص الآخرين، بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف والأشخاص". وحذا حذوه فى هذه الوجهة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل أرنولد "Arnold" ١٩٦٠، وبيك "Beck" ١٩٦٤، وإليس "Ellis" ١٩٦٢وكيلى "Kelly" ١٩٥٥، ولازاروس "Lazarus" ١٩٦٦. وتشير هذه الوجهة من النظر إلى أن هناك مبدأ محورياً فى العلاج المعرفى السلوكى Cognetive Behavioral Therapy (CBT)' وهو أن الأفكار والانفعالات والسلوك ووظائف الأعضاء كلها جزء من نظام موحد، والتغير الحادث فى أحد هذه الأجزاء يكون مصحوباً بتغيير فى الأجزاء الأخرى، فمثلاً لو انفجر جهاز التلفاز فجأة أثناء مشاهدة شخص له، فهذا الفرد سوف يمر بتغيرات فسيولوجية (ارتفاع مستوى الأدرينالين فى الدم)، وتغير سلوكى سريع (التحول من الهدوء أثناء المشاهدة إلى القفز والجرى والبحث عن مطفأة حريق أو الاتصال بوحدة الطوارئ)، وانفعالات معينة (الشعور بالقلق والهلع) مع بعض الأفكار (المنزل سوف يحترق، سوف أصاب أو أموت)، وهذا المثال لا يعرض مشكلة نفسية

(٣) هو أحد الفلاسفة الرواقيين اليونانيين القدماء، وقد كان عبداً لنبيل حتى أعتقه (٥٥ق.م - ١٣٥).

ولكن عندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغيرات الحادثة تتركز فى بؤرة الأفكار غير السارة. وعند قراءة المثال السابق يعتقد الفرد أنه لن يمر بهذه الخبرة كما تم عرضها ولن يتصرف بالطريقة نفسها، والعلاج المعرفى السلوكى ينظر لذلك بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر فى الموقف مدى مختلفاً من المشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، والسلوك. وتعتبر الأفكار هى الموجه لهذه المكونات الثلاث، حيث أنها ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسى، وإنما تتوقف على الطريقة التى ينظر بها كل منا للموقف نفسه (Curwen, Palmer & Ruddell, 2001, pp. 9-10; & Davison et al., 2004, pp. 288-290).

ويختلف الأسلوب العلاجى Theraputic style فى العلاج المعرفى السلوكى عن بعض الأساليب أو الإرشادية الأخرى. ففي العلاج المعرفي السلوكى تأتى الحالة طلباً للعلاج بهدف التخلص من عدد من الأفكار والمعارف، لذلك فهى تكون - فى المراحل الأولى من العلاج - مقتدية بالمعالج وبالتوجهات والأهداف العلاجية التي يضعها ويسير وفقاً لها ويتميز أسلوب المعالج بالنشاط، والمباشرة، والحساسية، لإحداث توافق أثناء التواصل مع الحالة بحيث يكون متفهماً ويشترك مع الحالة فى تحديد مشكلاتها وأهدافها، ويتميز بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة التى من شأنها أن تساهم فى إيضاح أو حل مشكلات الحالة (Ibid).

وقد كانت هناك بدايات لعلاجات سلوكية ذات طابع معرفى، حيث تركزت جهود المعالجين السلوكيين على قدرة الفرد على الترميز Symbolize، ومعالجة المعلومات Process information، وإعادة تمثل العالم فى صيغ معرفية وصور ذهنية Images : فمثلاً يُعد التسكين المنظم Systematic desensitization، الذى طوره "ولبى" Wolpe مثالاً واضحاً على ذلك وهذا الأسلوب الذى يعتقد ولبى أنه أسسه على مبادئ التشريط Conditioning هو فى جوهره عبارة عن

إجراءات معرفية لبلورة وتحدى تصورات الحالة التى تسبب لها الخوف. ويعتبر السلوك الصريح أو الأحداث السلوكية الصريحة فى هذا الأسلوب، هو إشارة الفرد بأحد أصابعه دليلاً على حالة التوتر والقلق لديه، وإن كانت هناك أحداث أخرى من الأهمية بمكان تتم فى هذا السياق فهى أحداث تتم داخلياً ومعظمها نشاطات معرفية.

ويعتقد كثير من الباحثين المعاصرين أن الإجراءات السلوكية تُعد أكثر قوة من الإجراءات اللفظية الصارمة فى التأثير على العمليات المعرفية، لذلك فهم يفضلون استخدام الأساليب السلوكية، فى حين تظل عملية تغيير المعتقدات على قدر عالٍ من الأهمية للتأثير فى تثبيت التغير السلوكى والمزاجى. ويرى باندورا "Bandura" أن كل الإجراءات العلاجية بشكل عام (سلوكية أم معرفية) ذات كفاءة علاجية عالية. ويشير إلى التأثير التبادلى بين كل من المعارف، والسلوك، إذ يؤثر كل منهما فى الآخر، فسلوك جديد قد يؤدى إلى تغير فى أسلوب تفكير الفرد، كما أن نمطاً جديداً من التفكير. فى المقابل - يسهل تبنى سلوك جديد. وإلى جانب هذا التأثير التبادلى بين السلوك والمعارف، فالبيئة تؤثر فى كليهما معاً، وأيضاً تتأثر بهما ويسمى باندورا هذا النمط من التفاعل بين البيئة، والسلوك، والمعرفة، بم "الثالوث التبادلى" أو التبادلية الثلاثية Triadic Reciprocolity .(Davison et al., 2004).

وتُعد الانفعالات (إلى جانب كل من السلوك، والمعارف، والبيئة) مفهوماً مهماً فى سياق العلاج المعرفى السلوكى، حيث يكون - فى كثير من الأحيان - لدى بعض الأفراد معارف ذات شحنة انفعالية Affect laden' وتسمى فى بعض الأحيان "بالمعارف الحادة اللامعة" Hot cognitions وهى تميل إلى أن ترتبط أكثر بالذات، وأحلام الفرد، وخيالاته، وآماله، وطموحاته الأساسية، ومخاوفه الشديدة. وقد أشار سنجر "Singer" (١٩٨٤)، إلى أن المعالج المعرفى السلوكى يجب أن يكون واعياً بأن المعارف اللاتوافقية تكون ذات صبغة

انفعالية، وغالباً ما تظهر هذه المشاعر الانفعالية نتيجة نشاط المعارف اللاتوافقية، وتكون هذه المشاعر ذات قدرة على تغيير المعارف إذا ما تم التدخل العلاجي على مستوى المشاعروتشير المشاهدات العيادية فى هذا الصدد، وأيضاً النتائج التجريبية لعديد من البحوث، إلى أهمية الانفعالات فى تكوين الشخصية، وأنها يجب أن تُضمَّن بشكل أكثر تنظيماً وعمقاً فى المفاهيم الخاصة بالمرض، والعلاج أيضاً.(Ibid).

بعد هذا العرض لعدد من المفاهيم ذات الأهمية فى سياق العلاج المعرفى السلوكى، ننتقل إلى عرض الأساليب التى يتم توظيفها فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، وهي: الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، ومكونات العلاج المعرفى السلوكى، وبناء الجلسات حيث أن هناك أربعة محاور أساسية تمثل أساليب التدخلات العلاجية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، وهى على النحو التالى:.

- **الأساليب المعرفية:** مثل أساليب دحض وتفنيد الأفكار الآلية السلبية وتفنيدها، ورصد الأفكار السلبية الآلية ومناقشتها.
- **والأساليب السلوكية:** مثل أساليب المراقبة الذاتية للنشاطات السارة، والمزعجة، وجداول النشاطات، والواجبات المنزلية.
- **والأساليب المعرفية السلوكية:** مثل رصد الأفكار السلبية الآلية، ومناقشة الأفكار السلبية الآلية، والتجارب السلوكية.
- **والأساليب الوقائية:** ومنها تحديد الافتراضات، ومواجهة الافتراضات، والتحضير والتخطيط للمستقبل.(Fennell, 2001). وقد تم شرح هذه الأساليب السابقة فى سياقات سابقة إما فى إطار العلاجات السلوكية، أو العلاجات المعرفية.

الصياغة المعرفية السلوكية للحالة:.

يُقصد بالصياغة المعرفية السلوكية Cognitive- Behavioral case conceptualization للحالة "مهارات كتابة تقرير نفسى عيادى للمريض النفسى يعكس تكامل النظرية النفسية التى يعتنقها المعالج النفسى مع ممارساته المهنية العيادية، ويعكس تكامل تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التى يرويها المريض النفسى، وتوظيف الأسلوب الشخصى للمعالج النفسى المعرفى فى الكتابة العلمية المهنية، وفى مهارات الفحص الشامل والتقدير النفسى الإكلينيكى، وفى مهارات وضع خطط العلاج النفسى من المنظور المعرفى" (الصبوة، ٢٠٠٣).

ولتحقيق الصياغة المعرفية للحالة يقوم المعالج بجمع كمية كبيرة من المعلومات عن المريض، وعن مشكلته ليس على أساس المعلومات اللفظية فقط لكن أيضاً من خلال المشاهدات العيادية للمعالج عن الحالة، ويتم إجراء تقدير نفسى إكلينيكى شامل للحالة فى فترة مبكرة قبل العلاج، وبناءً على تلك المعلومات والمشاهدات يتم تكوين تصور أو مفهوم معرفى سلوكى عن المشكلة، ويتم مراجعتها وتنقيحها وتعديلها بناءً على توفر معلومات جديدة. ويركز المعالج على التفكير الحالى للحالة، الذى يرتبط بالسلوك الذى يمثل مشكلة ما أو يساعد على استمرارها، وأيضاً تحديد الانفعالات والعوامل المفجرة التى ترتبط بالمشكلة الحالية للحالة، والتى بدورها تدعم السلوك غير المساعد، والتفسيرات المشوهة لأحداث ارتقائية رئيسة خاصة بالحالة.

وهناك خمسة مكونات أساسية للصياغة المعرفية السلوكية للحالة المرضية، وتمثل مراحل متتالية تبدأ بتحديد مشكلات الحالة، والتشخيص، ثم وضع الفروض العاملة، ثم تحديد مصادر القوة للحالة منتهية بوضع الخطة العلاجية المناسبة للحالة. وسنعرض تفصيلاً لهذه المكونات (المراحل) الخمسة كما يلى:.

أولاً: قائمة المشكلات.

وهى قائمة شاملة للمشكلات Comprehensive problems list أو الصعوبات التى تعانى منها الحالة بحيث يتم وصفها بوضوح بمصطلحات معرفية سلوكية. ويجب أن تتضمن مشكلات الحالة الجوانب التالية: الأعراض النفسية والطبنفسية، والأمراض الطبية، ومشكلات التفاعل بين الشخصى، ومشكلات العمل، والمشكلات الأسرية، والمشكلات المالية، والمشكلات الجنائية، والمشكلات المعيشية، وأوقات الفراغ.وهذه القائمة الشاملة للمشكلات ذات أهمية كبيرة لعدة أسباب، فهى تساعد المعالج فى الوصول للعلاقات السببية بين المشكلات وبعضها بعضا، مما يمكنه من وضع الفروض العاملة (سوف نعرضها لاحقاً)، وهى أيضاً تلخص وتوضح وتصف العلاقات المتبادلة بين المشكلات، تساعد على عدم إهمال أو إغفال أى من المشكلات المهمة، ومن ناحية أخرى فهى تشعر المعالج بأنه ليس غارقاً فى مشكلات المريض المتعددة، وحتى بالنسبة لهذه المشكلات الكثيرة لو لم يتم التعامل معها فى سياق الجلسات الفعلية فهى لن يتم إغفالها أو نسيانها. (Perrons & Davison, 2001, pp. 82-92).

وقائمة المشكلات النموذجية غالباً ما تحتوى على عدد يتراوح بين خمسة إلى ثمانى مشكلات، وفى بعض الأحيان يصعب تكوين هذه القائمة الشاملة، وذلك إما بسبب أن المعالج فى بعض الأحيان لا يعطى نفسه الوقت الكافى لإجراء الفحص الشامل، أو أن المريض - فى أحيان أخرى - يصعب عليه التعرف على مشكلاته بدقة، ولا يعرف كيف يصوغها أو يوضحها، أو أنه يعتبرها مخجلة، أو مرعبة، ومزرية، أو لأن بعض المرضى قد لا يعتبرونها مشكلات على الإطلاق. وهنا يكون اللجوء إلى استخدام الاستخبارات، والمشاهدات العيادية للمعالج ذا فعالية كبيرة فى التعرف على هذه المشكلات. ويفضل أن تصاغ كل مشكلة من مشكلات الحالة فى كلمة أو كلمتين، ويتبع ذلك وصف مختصر للمكونات السلوكية، والمزاجية، والمعرفية للمشكلة (الصبوة ٢٠٠٣، ص ص ٨٦ – ٩٢).

ثانياً: التشخيص:.

التشخيص الطبنفسى Psychiatric diagnosis ليس جزءاً أساسياً من عملية الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، إلا أنه يجب الإشارة إليه وإفراد جزء من الصياغة له لأسباب، منها أنه يمكن أن يؤدى إلى صياغة بعض الفروض المبدئية؛ فعلى سبيل المثال: تعتبر نظرية بيك ذات أهمية وكفاءة فى علاج الاكتئاب الأساسى، وذلك من خلال الممارسات الإكلينيكية، ولو أن الحالة انطبقت عليها محكات تشخيص الاكتئاب الأساسى فيكون الفرض الأول هو أنه سيتم اللجوء إلى نظرية بيك فى رسم وصياغة الحالة، وبالإضافة إلى ذلك فإن التشخيص يمكن أن يمدنا ببعض المعلومات المهمة عن طبيعة التدخلات العلاجية المساعدة (Ibid, P, 93).

ثالثاً: الفروض العاملة:.

الفروض العاملة Working hypothesis هى قلب الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، وفيها يطور المعالج نظرية مصغرة عن الحالة، وهى تصف العلاقات بين المشكلات وبعضها بعضا فى قائمة المشكلات؛ فبعض المشكلات قد لا تنشأ عن المخططات لكنها قد تكون ناتجة عن بعض المشكلات الأخرى، وبعضها قد ينتج بسبب عوامل داخلية أو حيوية أو بيئية أو أى عوامل أخرى غير العوامل النفسية.

وبناءً على أسس النظرية المعرفية لآرون بيك "Beck" فإن الفروض العاملة تشمل عدة مراحل على النحو التالى:.

المرحلة الأولى: تحديد المخططات:.

وفى هذه المرحلة يحدد المعالج ويضع فروضاً عن المخططات Schemata أو المعتقدات المحورية والتى تبدو كمسببات فى نشأة واستمرار المشكلات الواردة فى قائمة المشكلات الشاملة، والتى هى بشكل عام مخططات سلبية.

وعلى الرغم من أن الحالة قد يكون لديها مخططات إيجابية فإن المخططات السلبية تبقى ذات أهمية بالغة حيث تتسبب فى مشكلات وصعوبات الحالة، لذلك فهى تمثل جزءاً أكبر من صياغة الحالة.

المرحلة الثانية: تحديد المواقف والأحداث المنشطة Activating (أو المرسبة):.

وفى هذه المرحلة يحدد المعالج الأحداث والمواقف الخارجية التى تنشط وتحفز المخططات السلبية المسببة للأعراض المرضية والمشكلات.

ويشير مصطلح "الأحداث المرسبة" إلى الأحداث الكبرى العامة، التى هيأت ظهور نوبة من المرض، وهيأت المريض لاتخاذ قرار العلاج؛ أما مصطلح "الأحداث المنشطة" فهو يتعلق بالأحداث الأصغر، والنوعية، والتى تسبب المزاج السلبى، أو السلوك اللاتوافقى. وليس من السهل التفرقة بشكل حاسم ودقيق بين الأحداث المرسبة والمنشطة وهو ليس هدفاً رئيسياً فى العملية العلاجية، إنما الهدف الأساسى فى هذه المرحلة هو اكتشاف الأحداث والمواقف الخارجية، ونمطها والتى تسبب مشكلات الحالة. وغالباً ما يكون هناك مضاهاة بين مخططات الحالة، والأحداث التى تنشطها أو تثيرها، فمثلاً الفرد الذى يتبنى المخطط (يجب أن أكون ناجحاً حتى أصبح فرداً مقبولاً وممتازاً) يكون مستهدفاً للإصابة بالاكتئاب إذا ما فشل فى خبرة ما. (Ibid, pp. 94-97).

وجمع معلومات عن المواقف التى تسبب مشكلات الحالة تكون مفيدة ومساعدة فى وضع التدخلات العلاجية المناسبة، والتى لا تهدف فقط إلى مساعدة الحالة على تغيير أرجاعها حيال الأحداث الخارجية، بل فى بعض الأحيان مساعدتها على تغيير المواقف نفسها.

ثالثاً: الأصول.

وفى المرحلة الأخيرة من الفروض العاملة، يصف المعالج بشكل مختصر أحد أو عدداً قليلاً من الظروف والمواقف والأحداث الأساسية المؤثرة فى حياة المريض السابقة التى تُعد من المصادر التى تعلم منها المريض هذه المخططات. وقد تتضمن نماذج خبرية، أو الفشل فى تعلم مهارات أو سلوكيات مهمة كما فى حالة المريض الذى يعانى مِن قصور وعجز شديد فى المهارات الاجتماعية، والذى يرجع جزئياً إلى أنه نشأ فى أسرة يعانى فيها كل من الوالدين أنفسهم من عجز واضطراب فى المهارات الاجتماعية.

رابعاً: ملخص الفروض العاملة.

وفى ملخص الفروض العاملة يقوم المعالج بسرد ووصف العلاقات بين مكونات الفروض العاملة (المخططات، والمواقف والأحداث المرسبة والمنشطة والأصول)، ويقوم بالربط بين هذه المكونات والمشكلات فى قائمة المشكلات الشاملة، ويمكن وضعها لفظياً (شفاهياً) أو عن طريق توضيحها برسم تخطيطى Flow-chart.

القوة ومصادر القوة:.

وتتضمن القوة ومصادر القوة Strength and assets للحالة، المهارات الاجتماعية الجيدة، والقدرة على العمل بشكل جيد وتعاونى، والحس الفكاهي، والوظيفة الجيدة، والمصادر المادية وشبكة علاقات جيدة وداعمة، والذكاء، والجاذبية الشخصية وأسلوب حياة مستقر وثابت. ويجب أن يقوم المعالج بجمع معلومات دقيقة عن هذه المكونات للقوة ومصادرها، فهذا النوع من المعلومات يساعد المعالج على تنمية وصياغة الفروض العاملة، وأيضاً يساعده فى وضع الخطة العلاجية، فى وضع أهداف علاجية واقعية.

الخطة العلاجية:.

الخطة العلاجية ليست جزءاً أساسياً من مكونات الصياغة، لكنها تتأسس عليها وتنبع منها خاصة ما يتعلق بالفروض العاملة وقائمة المشكلات. وتم وضع الخطة العلاجية فى هذا السياق للإشارة إلى أنها تعتمد أساساً وبشكل مباشر على الصياغة السلوكية المعرفية للحالة. فمثلاً لو أن المعالج افترض أن القلق الاجتماعى كعرض لدى المريض يرجع إلى أنه جزء من اضطراب المهارات الاجتماعية لديه، فإن خطة العلاج ستتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية، وبدلاً من ذلك لو أن هذا القلق يرجع إلى أحد المخططات السلبية مثل "لو أنى تحدثت بنفسى للآخرين سوف يسبب لى ذلك الغضب والرعب لذلك يجب تحاشى المواقف الاجتماعية" فهنا سوف تتضمن خطة العلاج إعادة البناء المعرفى، والتعرض السلوكى، والتجارب السلوكية، وذلك لاختبار هذا المخطط، والأفكار الآلية الناتجة عنه.

وتتضمن الخطة العلاجية ستة مكونات هى: الأهداف Goals' والوسائل العلاجية Modalities' والتكرار Frequency' والتدخلات Interventions' والعلاجات المساعدة Adjunct therapies' والمعوقات Obstacles. وتعتبر الأهداف والمعوقات أهم مكونين فى هذا السياق لذلك سوف نناقشهما بشئ من التفصيل (Persons & Davison, 2001, p. 99).

فالأهداف غالباً ما تحددها قائمة المشكلات، وقد تبدو الأهداف العلاجية على أنها حلول للمشكلات فى القائمة الشاملة، لذلك يجب أن ننمى قائمة للمشكلات، وأيضاً قائمة من الحلول لها، ويجب أيضاً تقدير مدى التقدم فى الأهداف العلاجية (التحسن) وذلك عن طريق التقارير الذاتية، أو المقاييس الموضوعية.

وتعتبر المعوقات المكون الأخير من الخطة العلاجية. وهنا يستخدم المعالج كلاً من قائمة المشكلات والمخططات، والفروض العاملة للتنبؤ بالمعوقات

والصعوبات التى يمكن أن تواجه العلاقة العلاجية أو أى من المكونات العلاجية مستقبلاً، فمثلاً قد تكون المشكلات المادية، والصراعات بين الشخصية والعجز عن العمل بشكل تعاونى، فى قائمة مشكلات العميل، من المعوقات التى تتداخل مع سير العملية العلاجية. وتحديد هذه المعوقات سلفاً يساعد كلاً من المعالج والحالة على الاستعداد لمواجهتها والعمل على التكيف معها. (Curwen et al., 2000; Persons & Davison, 2001, pp. 99-100).

وتعتبر الصياغة المعرفية السلوكية للحالة بمثابة تهيئة للحالة لتلقى العلاج، وأيضاً تحديد مسار العملية العلاجية، والوصول إلى وضع تصور كامل عن كل مشكلات الحالة، والأساليب العلاجية، والأهداف العلاجية، وأيضاً المعوقات التى تتداخل مع العملية العلاجية. وتمثل الصياغة المعرفية السلوكية للحالة إطار عمل للتدخلات العلاجية وطبيعتها، وسيتضح ذلك فيما يتعلق بمكونات العلاج المعرفى السلوكى الذى سنتناولها تفصيلاً كما يلى:.

مكونات العلاج المعرفى السلوكى:.

هناك عدد من المكونات ذات الأهمية فى العلاج المعرفى السلوكى، وهى تعتبر ثابتة نسبياً على مدى مسار العملية العلاجية، ولا يمنع ذلك من إمكانية تغيير بعض القضايا والتصورات مع تقدم العلاج. ويسلم العلاج المعرفى السلوكى بأن المراحل العلاجية متداخلة ومتشابكة، فقد يكون تعريف الأفكار السلبية موضوعاً مركزياً فى بداية العلاج، فى حين أن تعديل الاتجاهات لا يتم البدء فيه إلا فى مراحل لاحقة من العلاج. ويسمح بناء العلاج المعرفى السلوكى بالتخطيط لنهاية الجلسات، وإنهاء العلاج، وجلسات المتابعة، ويتحدد بناء العلاج على أساس طبيعة المشكلة التى تواجهها الحالة. (Curwen, et al., 2000).

وفيما يلى عرض لمكونات العلاج المعرفى السلوكى.

مكونات العلاج المعرفى السلوكى:.

المقابلة المبدئية:.

تستغرق المقابلة المبدئية Initial interview مدة تتراوح ما بين ٦٠- ٩٠ دقيقة، وذلك بعد التشخيص وتحديد مدى ملاءمة الحالة للعلاج. والهدف الأساسى من المقابلة الأولية هو تشجيع الحالة على زيادة الاهتمام، وحفزها على الاستمرار فى العلاج، وإعطاء الحالة خبرة بالعلاج المعرفى السلوكى وطبيعته وبنائه، والجدول التالى يوضح طبيعة ومهام هذه المقابلة:

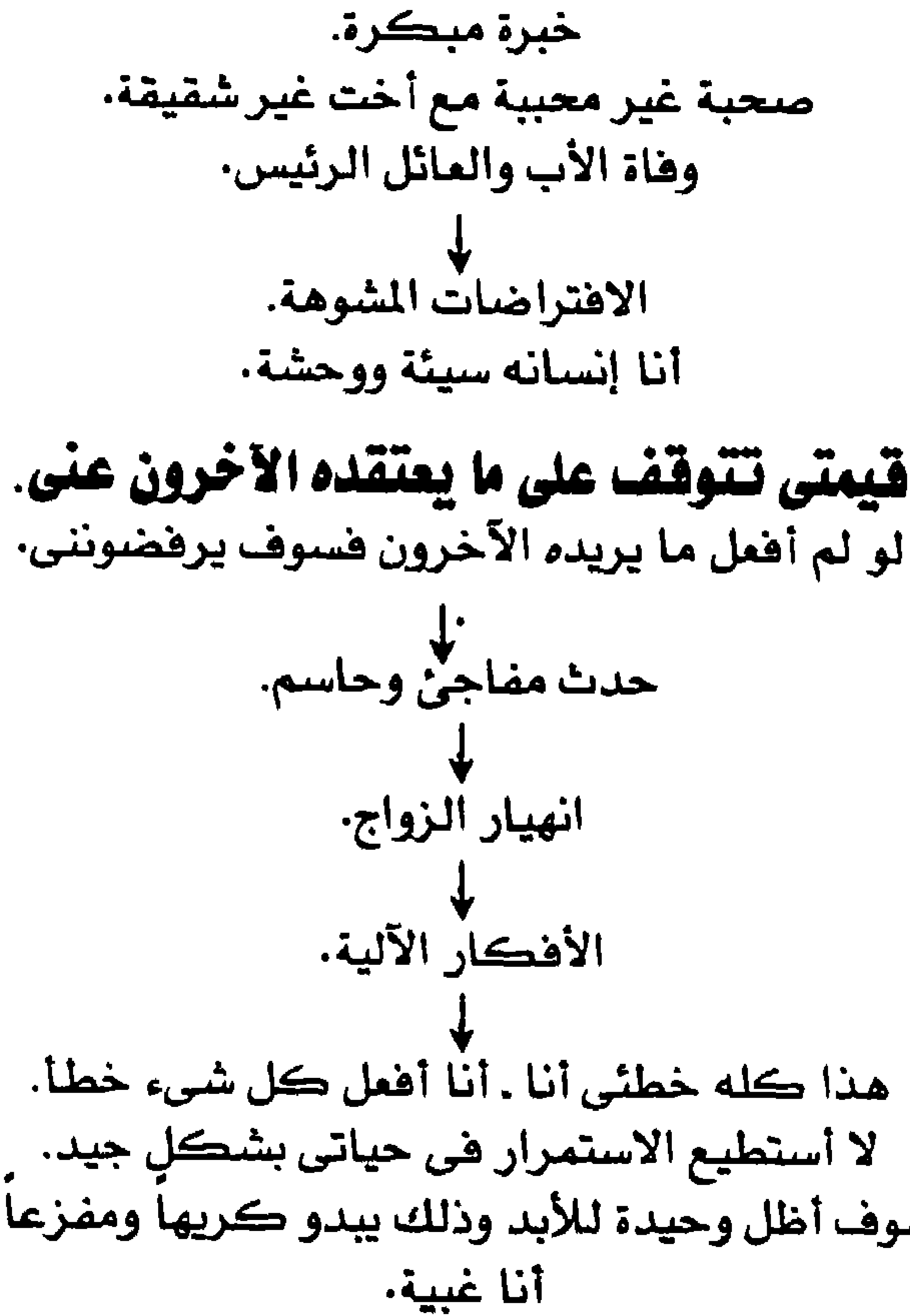
١	تقدير وفحص الصعوبات الراهنة:. ـ الأعراض. ـ المشكلات الحياتية. ـ الأفكار الآلية السلبية. ـ بداية وتطور الاكتئاب عبر سياق اجتماعي محدد. ـ فقدان الأمل والأفكار الخاصة بالانتحار.
٢	تحديد الأهداف.
٣	عرض وتقديم منطق العلاج:. ـ تفصيلات علمية. ـ توضيح الحلقة المفرغة للأفكار الآلية والاكتئاب. ـ بيان إمكانية التغير.
٤	بداية العلاج:. ـ أهداف خاصة:. • اختيار الهدف العلاجي الأول. • الموافقة على الواجب المنزلى. ـ أهداف عامة:. • تكوين علاقة علاجية جيدة. • إظهار الأمل. • إعطاء الحالة توضيحاً مبدئياً عن النموذج المعرفى. • أخذ موافقة الحالة على اختبار الفروض واقعياً.

جدول (١) مكونات المقابلة الأولية (نقلاً عن: Fennell, 2001, p. 177).

وفيما يلى عرض تفصيلى لهذه المكونات:.

١- الفحص والتقدير:.

هدف الفحص هو تكوين صورة عامة عن الموقف الحالى كما تدركه الحالة، مشتملاً على المشكلات الرئيسة، ومعلومات كافية عن بداية تطور واستمرار المشكلة وسياقها (مثل الظروف المعيشية والدعم الاجتماعى... إلخ)، وأيضاً الارتباط بين الأفكار الآلية والمشكلات. وعن طريق هذه المعلومات يستطيع المعالج عمل صياغة أولية للحالة مستعيناً بالنموذج المعرفى للاكتئاب. ويوضح الشكل التالى صياغة الحالة بناء على النموذج المعرفى واستناداً على المعلومات المستمدة من التقييم وذلك لحالة مفترضة (س).





- الأعراض السلوكية: نقص مستوى النشاط، والانسحاب الاجتماعى.
- هبوط الهمة والدافعية: فقدان الاهتمام والاستمتاع، والشعور بالتعب والإجهاد.
- الأعراض الانفعالية : الحزن، والقلق، والشعور بالذنب، والخجل.
- الأعراض المعرفية: نقص التركيز، وعدم الحسم، والاجترار، والنقد الذاتى، وأفكار الانتحار.
- الأعراض الجسمية : الأرق، وفقد الشهية.

(Kirk, 2001; Fenell, 2001).

وهدف آخر من أهداف الفحص وهو الاستقرار على قائمة مشكلات الحالة، وأخذ موافقتها عليها. والاستقرار على هذه القائمة يعطى الحالة خبرة

مباشرة عن العمل التشاركى والعلاقة التعاونية فى العلاج المعرفى السلوكى، ويساعد المعالج على فهم تصورات الحالة، ويسمح للحالة بالشعور بأن هناك جهداً مبذولاً للوقوف على الحقائق الداخلية لها. ويقوم المعالج بعمل ملخصات مختصرة ومتكررة لما قاله للحالة، ويطلب عائداً ليتأكد من أنه يعكس ما تريد الحالة قوله. وعند تطبيق ذلك على الحالة (س) المفترضة فإن قائمة مشكلاتها والتى يمكن أن نتصورها كالتالى:

١	العجز عن التعبير عن النفس:. ـ العجز عن قول (لا). ـ صعوبة الرفض. ـ صعوبة التعبير عما أريد إذا ما أراد الآخرون شيئاً آخر.
٢	الشعور بالدونية.
٣	صعوبة التكيف مع الحياة الزوجية المحطمة:. ـ لن أستطيع التعايش وحدى مع مهام الحياة اليومية. ـ لن أستطيع أبداً إقامة علاقة اجتماعية طويلة الأمد تكون مرضية لى.
٤	الاكتئاب:. ـ التورط فى متطلبات الحياة اليومية. ـ وتحاشى الآخرين. ـ والعجز عن الدخول فى تفاعل جيد. ـ ضعف القدرة على التركيز. ـ العجز عن الاستمتاع. ـ الوعى بالاكتئاب Meta depression. وتُعبر عنه فى "هذا خطئى لقيامى بعمل أشياء كلها خاطئة، فأنا استحق هذا الشعور".

جدول (٢) يوضح قائمة المشكلات لحالة مفترضة (س).

نقلاً عن: (فينل Fennell, 2001, p. 179).

إذاً يجب على المعالج أن يسبق عملية العلاج بعمل فحص شامل لكل جوانب ومكونات الاكتئاب الأساسى، والتى تعبر عنها قائمة المشكلات الخاصة بالحالة، بشرط أن تتضمن كل الجوانب السابقة؛ كما أن نتائج هذا الفحص ستوجه المعالج لاختيار أساليب العلاج الملائمة، حيث يتم التعامل مع

جوانب القوة والضعف لدى الحالة، بحيث توظف جوانب القوة لمعالجة وتنمية جوانب الضعف. ويتم تحديد أساليب تنمية مهارات الحالة، وأيضاً أساليب تعديل السلوك والتفكير الخاطئ، والتى تمثل أهداف العملية العلاجية.

٢ـ الأهـداف:.

يتم تحديد الأهداف المتعلقة بكل جوانب المشكلة داخل الجلسة. وغالباً ما يتم تغيير الأهداف العلاجية عبر الفترة العلاجية، فبعضها قد يصبح غير متصل بالمشكلة، وبعضها الآخر قد يحتاج إلى تعديل، وأيضاً قد تبرز أهداف جديدة. وتحديد الأهداف يساعد المعالج على تصحيح التوقعات العلاجية، ويمده بمعيار يحدد على أساسه مدى تقدم العلاج، وتوجه اهتمامه وانتباهه نحو المستقبل. (Femmel, 2001).

ويمكن تقسيم الأهداف العلاجية إلى أهداف قصيرة المدى، وهي الأهداف التي قيم التعامل معها مباشرة خلال الجلسات العلاجية، ومن خلال الإجراءات العلاجية لأنها تتسم بالوضوح والمباشرة والنوعية، أما الأهداف طويلة المدى فهي تتمثل في الأهداف العلاجية النهائية والتي تشمل التحسن في الأعراض المزاجية والسلوكية والمعرفية والجسدية، وتمتلك أيضاً إلى الوقاية من الانتكاس.

٣- عرض منطق العلاج:.

يتم إمداد الحالة بمعلومات عن الجوانب العملية المتعلقة بالعلاج مثل: عدد، ومدة، وتكرار الجلسات، واستخدام الواجبات والمهام المنزلية، والترتيب لإجراء اتصال بالمعالج عند الحاجة، وأيضاً يتم توضيح قواعد وأسس العلاج بشكل واضح وبسيط. وأول ما يتم تعليمه للحالة فى هذا الصدد، هو معلومات عن الاكتئاب الأساسى، وصلته بالمعارف والأفكار السلبية، كما يجب أن تتعلم إمكانية التغير الإيجابى، حيث يمكن تعليم الحالة، كيفية التقاط الأفكار المسببة للاكتئاب، وكيف يمكن كسر وتحطيم الحلقة المفرغة عن طريق طرح وتوليد بدائل مناسبة إيجابية ضد هذه الأفكار.

٤ – بداية العلاج:.

تعنى بداية العلاج، تحديد مهمة للتدخل المباشر، وموافقة الحالة على أداء الواجبات والمهام المنزلية، ليتم البدء فيها بداية من الجلسة التالية. ومن المهام التى يمكن إعطاؤها كواجبات منزلية بعد المقابلة المبدئية الاستماع لشريط مسجل عن الاكتئاب وقراءة نص عن كيفية التعايش والتغلب على الاكتئاب، ومراقبة النشاطات، والمزاج، والأفكار الآلية السلبية.

بناء الجلسات:.

غالباً ما تتبع الجلسات العلاجية نمطاً ثابتاً من المهام والإجراءات والتنظيم مع وجود أقل قدر من الاستثناءات، لكن قد تتم هذه الاستثناءات تبعاً للظروف الواقعية لكل من الحالة، والمعالج وغالباً ما تكون على النحو التالى:.

١– فحص مزاج المريض.

٢– مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلستين.

٣– وضع جدول سير الجلسة.

٤– تلقى عائد عن الجلسة السابقة والربط بينها وبين الجلسة الحالية.

٥– مناقشة الواجب المنزلى وتحديد مدى الاستفادة منه، والصعوبات التى تواجه الحالة عند تنفيذ هذه الواجبات.

٦– مناقشة بنود الجدول.

٧– وضع الواجب المنزلى للجلسة الحالية.

٨– تلقى عائد عن الجلسة الحالية في نهايتها.

.(Curwen et al., 2000; Fennell, 2001 & J. Beck, 1995, pp. 26-27, p. 45)

وبالنظر إلى العرض السابق لمحاور وأسس العلاج المعرفى السلوكى نجد أن أهم ما يحدد سير وطبيعة التدخلات العلاجية هو الفحص الشامل لمشكلات الحالة، والصياغة المعرفية السلوكية الجيدة لها، وتحديد جوانب القوة والضعف لديها. وإذا ما تم صياغة ووضع الأهداف العلاجية بشكل جيد وبشكل واضح ودقيق وواقعى، ساعد ذلك فى أمرين أولهما: إنجاح عملية العلاج على المدى القريب والبعيد، وثانيهما: مساعدة المعالج على اختيار الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل مكون من مكونات مشكلة الحالة. وقد تتعدد جوانب هذه المشكلة فى حالات الاكتئاب الأساسى بين مزاجية، وسلوكية، ومعرفية، وجسمية، وبناءً على هذا التنوع فى جوانب المشكلة يكون على المعالج أن يختار الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل منها. لذلك فقد تتنوع ـ تبعاً لذلك ـ الأساليب والتدخلات العلاجية للمادة الواحدة، وقد تشمل تدخلات معرفية، أو سلوكية، أو تنمية مهارات أو أساليب التحكم الذاتى، أو أساليب أخرى ملائمة فى هذا السياق. ويقودنا ذلك إلى نوع آخر من العلاجات لا يختلف كثيراً عن العلاج المعرفى السلوكى إلا أنه يكون شاملاً لعدد أكبر من التدخلات والأساليب وهو العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، وهو يتضمن كل الأساليب والتدخلات، وأيضاً ما يختص ببناء العلاج المعرفى السلوكى؛ لذلك فسوف نعرض لمنطق العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، وأسس اختيار الأساليب والتدخلات العلاجية، وسوف نعرض أخيراً لأسلوب المساعدة الذاتية كنموذج للعلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور.

العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور (نظرة تكاملية):

افترض لازاروس Lazorus (١٩٨٩) أن المشكلات والاضطرابات التى يعانى منها الأفراد تنتظم وفق سبعة أبعاد تمثل كلاً من السلوك، والوجدان (المزاج)، والمشاعر، والتصورات، والمعارف، والعلاقات بين الشخصية، والوظائف الحيوية. والعلاج الفعال يجب أن يهتم بالمشكلة فى إطار كل هذه

الأبعاد أو بعضها لتحديد أى وجهة يتم تبنيها لحل المشكلة ، لذلك يتم استخدام الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل منها.

ويشير لازاروس إلى ضرورة وضع مخطط علاجى لكل حالة بحيث تكون فعالة من الناحية العلاجية. وهذا المخطط يشبه إلى حد كبير نظام دليل التشخيص الإحصائى للأمراض النفسية DSM، حيث أنه صمم على محاور متعددة، ويلفت الانتباه إلى مجالات محددة تدفع المعالج إلى النظر والتركيز على مناطق ومشكلات بعينها. ويشير أيضاً إلى أن استخدام الأسلوب المعرفى السلوكى متعدد المحاور لا يجب أن يؤسس فقط على الأسس النظرية للمدارس السائدة، لكن يجب أن يسترشد - ببصيرة نافذة - بكل الأساليب فى كل النماذج والأطر النظرية الأخرى، وأن يكون منفتحاً على الخبرة بكل هذه الأطر والنماذج وعلى استعداد لأخذ ما يناسبه منها.

وفى هذا الصدد افترض مايكنباوم "Meickenbaum" أن التغير السلوكى يمكن أن يحدث عن طريق تغيير التعليمات التى يعطيها الأفراد لأنفسهم للتخلص من الأفكار اللاتوافقية الاكتئابية، إلى حديث ذاتى Self – talk إيجابى أكثر توافقاً. والعلاج المعرفى السلوكى عبارة عن تكامل بين المنحى المعرفى، والمنحى السلوكى. وفى هذا النوع من العلاج يتم مساعدة المريض على التعرف على أنماط السلوك اللاتوافقى، والتفكير المشوه، وذلك باستخدام مناقشات منظمة وواجبات ومهام سلوكية محكمة البناء لمساعدة المرضى على تقييم وتعديل كل من السلوك والأفكار. (Hawton, et al., 2001).

وخلافاً لهذه النظرة التكاملية، وفى الأيام الأولى لتطور نظرية العلاج النفسى، كان المُنَظِّر الواحد يتبع وجهات النظر السائدة فى الاتجاه الذى يتبناه معلمه، مما أدى إلى نمو حوائط من العزلة العقلية والمعرفية بين من لهم وجهات مختلفة من النظر. وكان من المعتاد أن يتجاهل الممارسون المتخصصون داخل توجهات نظرية معينة، قواعد وأساليب ومبادئ التوجهات النظرية الأخرى، وهم فى الأصل غير مهتمين بأى من وجهات النظر الأخرى المعارضة

لتوجهاتهم. وعلى الرغم من أن هذه العزلة النظرية المبكرة دفعت المعالجين والمتخصصين إلى أن يحسنوا ويطوروا مهارات وأساليب تم صياغتها فى إطار توجهاتهم النظرية، فإن ذلك قد حد بشكل واضح من آفاقهم ومنظورهم. لكن منذ الثمانينيات تغير مجال العلاج النفسى كاستجابة لبزوغ التوجهات الجديدة وانبثاق المنحى التكاملى التوفيقي Integrative eclectic approach. (Beutler, Harwood & Coldwell, 2001, pp. 138-163).

وقد كان مصطلحاً التكامل والتوفيق أو التأليف غالباً ما يستخدمان بشكل تبادلى، إلا أنه توجد فروق واضحة بينهما؛ فالتوفيقية أو التوليفية 'Eclecticism' مثلها مثل المذهب الشكى 'Skepticism' أو المذهب التوفيقى 'Syncretism' تظهر فقط عندما توجد طرائق ونظم متعددة ومتعارضة فى المجال، ولكنها فى جوهرها ليست مماثلة للمذهب الشكى، فلا يتم تعديل كل النسق للوصول إلى التجانس المطلوب، ويتم بدلاً من ذلك اختيار مبدأ نفسياً مناسباً من كل نظام من الأنظمة المتوفرة والتى تتميز بقدر من الانسجام الداخلى. ويقوم مبدأ الاختيار على عدد من القواعد أهمها الآتى:.

١- اختيار ما يعتبر الأفضل فى كل نظام من الأنظمة.

٢- واختيار أفضل الإجراءات العلاجية التى تبدو أكثر قابلية للتطبيق على الحالة.

٣- واختيار ما له القدرة على العمل والاستقرار.

٤- واختيار مفاهيم مستقاة من اثنين أو أكثر من أنساق التفكير السائد فى مختلف مدارس علم النفس.

ومن ناحية أخرى يُعد التكامل عملية جمع أجزاء مختلفة فى كلٍ واحد جديد، أو إكمال مكون لم يكن قد تم إكماله، عن طريق إضافة أجزاء أخرى له. وقد يبدو للوهلة الأولى أن هناك تداخلاً بين التوفيقية والتكامل لكن الفرق الجوهرى بينهما يكمن فى أن التوفيقية هي عملية اختيار مع

تضمين مكون أو جزء من مكون خارجاً عنه، فى حين أن التكامل هو عملية جمع مع تضمين إنتاج مكون جديد. وقد لخص نوركروس وجرينكافاج Norcross & Grencavage بناءً على عدد كبير من الدراسات الفروق بين التوليفية والتكامل في الإرشاد والعلاج النفسي فيما يلي:

تبدو التوليفية على أنها: تقنية (فنية) أولية، وتستخدم وتطبق الأجزاء الموجودة فى المكون نفسه، وهى أيضاً ليست بناءً نظرياً لكنها عملية وواقعية؛ فى حين تعتبر التكاملية نظرية من حيث تطورها، وهى عملية ابتكار وخلق شئ جديد عن طريق دمج أساليب متعددة معاً فى كلٍ واحد. وهى عملية نظرية أكثر منها عملية ممارسة فعلية، ومثالية. وقد وصف واتشل "Watchel" ١٩٩١ الفرق بين المصطلحين عن طريق استخدام مصطلحى "الأجزاء Pieces" و"التأليف Synthesis "، فالانتقائية تستخدم أجزاءً من مختلف المناحى لكنها تبقى مدركة على أنها أجزاء (مكونات) متفرقة؛ أما التكامل فيسعى نحو الجمع بين هذه المكونات. (Hollanders, 2000, pp. 1-23).

وبناءً على ما سبق، فإن العلاج متعدد المحاور يُعد منحاً علاجياً نفسياً منظماً، تم اختياره عملياً وفنياً؛ وفيه تطبق الأساليب والتدخلات العلاجية بشكل منتظم اعتماداً على بيانات عن كفاءة الحالة، ومهارات المعالج العيادية واستخدام أساليب خاصة معينة. وهذا المنحى ينتقى أساليبه المستخدمة من نظريات، ونظم، وأنساق نفسية دون الاهتمام بمدى صدق المبادئ النظرية التى تؤيد مختلف المناحى التى استقى منها أساليبها. وهذا التوجه المتعدد يتجاوز التعاليم السلوكية التقليدية بإضافة إجراءات قياس موحدة.

وقد تأسس العلاج متعدد المحاور على أسس نظرية التعلم الاجتماعى، ونظرية معالجة المعلومات، ونواحى متعددة مثل الوظائف التنفيذية، والتفاعل بين الفرد والآخر، والإدراك الاجتماعى، وعلم النفس الظواهرى (الظاهراتى). والمعالج الذى يتبنى هذا النوع من العلاجات لا يلتزم بنظرية واحدة بشكل

جامد. وعلى الرغم من أن العلاج متعدد المحاور يستخدم طرائق وأساليب مأخوذة من العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى، والعلاج العقلانى الانفعالى فإن له ملامحه الخاصة المميزة له (Palmer, 2000, pp. 140-153). ومن أبرز هذه الملامح أنه يقوم على ثلاثة مبادئ أهمها:.

١- يتم انتقاء الأساليب العلاجية المستخدمة انطلاقاً من فحص الحالة.

٢- ويتم التكامل بين المكونات المنتقاة فى سياق ونسق واحد يتسم بالانسجام.

٣- ولا يتم إدراك البيئة والتعامل معها كما هى فى الواقع لكن من خلال معتقداتنا واتجاهاتنا وأفكارنا عنها (Ibid) .

وجدير بالذكر أن كلاً من العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى يتفقان فى استخدامهما للمنهج العلمى، وكل منهما أكد قدرة المريض على تعلم طرائق تكيفية جديدة تساعده على الأداء الجيد. وفى الأصل كان العلاج المعرفى السلوكى هو تكامل بين العلاج المعرفى والعلاج السلوكى سواء أكان ذلك فى التوجهات النظرية، أم فى الأساليب، ونجد أن المدى الواسع من الإجراءات والنظريات الصغرى التى ساهمت فى بناء وتطور العلاج المعرفى السلوكى غالباً ما كانت تتضمن أساليب واعتبارات نظرية من توجهات نفسية أخرى. وهو كمجموعة عامة من الإجراءات تم تطعيمها وتطويرها باستخدام أساليب ومبادئ نظرية من المناحى. فقد تبين أنه عند الاستعانة بالمخططات يظهر تأثير ملحوظ للصراعات التى تمت خلال مراحل النمو الأولى، وأيضاً نمو أنماط الشخصية، وكانت هذه المخططات مؤدية إلى نظرية سلوكية شاملة أبدت اعتباراً للحياة الداخلية للفرد. وقد سمح التكامل المنهجى والنظرى . من خلال القواعد النظرية الثابتة . بتضمين التصورات والأساليب التى تتلاءم مع التطبيقات العلاجية فى مختلف التوجهات، وتبقى مفاهيم العجز الوظيفى المعرفى، والمخططات، والسلوك التى تمثل لب النظرية المعرفية منسجمة مع

تصورات أخرى مستقاة من عدد من النظريات التى تعكس دور الخبرة المبكرة، والعمليات اللاشعورية. وحديثاً فإن المكونات المتكاملة للعلاج المعرفى السلوكى تشمل دور العمليات الدفاعية، وتؤكد اكتشاف العلاقة العلاجية، وديناميات التفاعل بين الشخصى للمريض، وأيضاً التصورات عن الاستثارة الوجدانية، والخبرات الارتقائية ودورها فى تشكيل وصياغة المخططات اللاتوافقية.

والعمليات الدفاعية Defencisve processes هي مكونات نظرية ارتبطت بالنظريات التحليلية واتفقت بعض الآراء على أنها تساعد المريض على تحاشى المخططات التى ترتبط بموضوع ما من خلال عمليات معرفية معينة مثل: الإنكار Denial' وكبت Repression الذكريات المؤلمة، أو اختلال الهوية Depersonalization' والتحاشى الانفعالى لمخططات مؤلمة لذكريات ما، والذى قد يأخذ شكل فقد الحس الدفاعى Defensive Mumbing' والتفكك Dissociatio' أو تقليل الخبرات السلبية عن طريق التحاشى السلوكى الذى يأخذ شكل التحاشى الجسدى العقلى لمواقف من المحتمل أن تؤدى إلى تنشيط المخططات المؤلمة والتى تمثل عجزاً وظيفياً معرفياً. (Beutler et al., 2001, pp. 138-163).

وسنعرض فيما يلى لأسلوب المساعدة الذاتية كأحد الأساليب المستخدمة فى إطار العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، والذى نتبناه فى سياق إعداد وبناء البرنامج العلاجى.

المساعدة الذاتية كمثال للعلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور:

تعتبر المساعدة الذاتية أسلوباً يستخدم عدداً واسعاً من النشاطات، مثل جماعات المساعدة الذاتية، والمؤسسات، وأيضاً مساعدة الفرد لنفسه، حيث يستخدم الأفراد أساليب المساعدة الذاتية لتحسين مشاعرهم وسلوكهم. ويعتبر العلاج بالقراءة Bibliotherapy من أكثر طرائق المساعدة الذاتية انتشاراً. ومعظم

مكتبات بيع الكتب تتضمن قسماً خاصاً للعلاج بالقراءة وكتباً وكتيبات المساعدة الذاتية. بل إن البحث فى شبكة المعلومات الدولية Internet عن أساليب المساعدة الذاتية يمكن عن طريقه استخراج ٢.١١٠.٠٠٠ موقعاً يختص بأساليب المساعدة الذاتية. (Williams & Whitfield, 2001, pp. 133-143).

وهناك تعريفان للمساعدة الذاتية:.

أولهما: هو أن يتلقى المريض أسلوباً علاجياً بحيث يستطيع مساعدة نفسه بدون مساعدة رئيسة من المعالج، لذلك يجب أن يوصف العلاج بشكل تفصيلى حتى يتمكن المريض من القيام به مستقلاً.

وثانيهما: استخدام مواد مكتوبة أو برامج حاسوبية، أو وسائط سمعية وبصرية عن طريق أشرطة التسجيل الصوتى، والتسجيل المرئى، وتقدم بواسطة الإجراءات المطلوبة للحالة بحيث تستخدمها عند الحاجة إليها بشكل علاجى. وقد استخدمنا فى إطار البرنامج الحالى عدداً من الكتيبات والنصوص التى استخدمت إما فى إطار الجلسات، أو خارج نطاق الجلسات كنموذج مبسط للعلاج بالقراءة.

وعلى الرغم مما يبدو من تداخل بين التثقيف النفسي Psychoeducation للحالة، والمساعدة الذاتية، فإن ثمة اختلاف بينهما؛ فبينما يهدف التثقيف النفسي إلى زيادة المعلومات المعرفية للحالة، فإن المساعدة الذاتية تهدف إلى زيادة كل من المعلومات المعرفية، وأيضاً إكساب الحالة مهارات بعينها، ومساعدتها على تعلم كيفية الإدارة الذاتية للظروف الحياتية بشكل أفضل.

وهناك عدد من الفوائد التى تعود على الحالة، وبالتالى تنعكس على العملية العلاجية فى حال استخدام طرائق المساعدة الذاتية أهمها ما يلى:.

١- ضمان سير العملية العلاجية دون أدنى قدر من التأجيل.

٢- وتعتبر أقل تكلفة من العلاج النفسى الرسمى.

٣- وهى شائعة ومقبولة، لذلك يستفيد بها عدد كبير من الحالات بحيث تحترم خصوصياتهم.

٤- وتساعد المرضى على تجنب وتحاشى الوصمة التى يشعرون بها عند المضى فى العلاج النفسى الرسمى، ومن ثم لا يسرى عليهم ما يعرف فى علم الاجتماع الطبى بنظرية الوصمة.

٥- ويمكن للحالات استخدام طرائق المساعدة الذاتية فى الوقت والمكان المناسبين لهم، لذلك فهى تلائم هؤلاء الذين لا يستطيعون التقدم للعلاج نظراً لانشغالهم بأعمالهم أو لأنهم يقطنون فى مناطق تعتبر بعيدة عن مكان تلقى العلاج الرسمى.

٦- وتتيح للحالات تحديث علاجاتهم أولاً بأول كما يرغبون وفى أى وقت دون أدنى تكاليف إضافية (ibid, 2001, PP. 133 - 143).

وتعتبر أساليب المساعدة الذاتية ملائمة لعدد كبير من المرضى، ويستفيد منها كل الحالات التى تخلو من القابلية للإيحاء، والاعتمادية، والاضطرابات العقلية (خاصة اضطراب التفكير). وقد أثبتت أساليب العلاج المعرفى السلوكى باستخدام وسائل المساعدة الذاتية كفاءة عالية خاصة العلاج بالقراءة فى علاج مرضى الاكتئاب الأساسى، وذلك من خلال عدد من الدراسات التى فحصت كفاءة أساليب المساعدة الذاتية بأنواعها مع أمراض واضطرابات مختلفة.وقد ثبت أنها أكثر كفاءة مع المشكلات القابلة للتشخيص ومنها الاكتئاب الأساسى عما هى عليه فيما يتعلق بالعادات والاضطرابات السلوكية (Ibid).



الفصل الرابع

برنامج العلاج المعرفى السلوكى

لتحسين أعراض الاكتئاب

مقـدمة

يُظهر مرضى الاكتئاب تشويهاً فى معالجة المعلومات، يؤدى إلى اضطراب الوجدان، ومن ثم ينتج لسلوك الاكتئابى. وهذا التشويه فى عملية معالجة المعلومات، يعتبر من الناحية العيادية عاملاً ضاغطاً أكثر من كونه مغيراً للوجدان. وفى عملية معالجة المعلومات تتدخل ثلاث فئات من المتغيرات بين المنبهات (الأحداث) وبين الاستجابات (المزاج والسلوك) وهى: المخطط Schema، والعمليات المعرفية، ومحتوى الأفكار. ويشير بيك إلى أن النموذج المعرفى الذى قدمه لا يتعارض من ناحية التفسير مع المنحى الحيوى أو العضوى لفهم الاكتئاب؛ فالعجز المعرفى، والعضوى هما وجهان لعملة واحدة، فالتفكير الاكتئابى يكون دائماً مصحوباً بعجز فى المستوى الوظيفى لناقلات عصبية محددة فى الجهاز العصبى المركزى، وعجز وظيفى فى المهاد التحتانى، والعكس بالعكس. وهذا النموذج الذى قدمه بيك يختلف عن نموذج العلاج السلوكى التقليدى القائم على مبدأ المنبه – الاستجابة. فالنموذج السلوكى للاكتئاب يتبع التعريف الأصلى لسكينر "Skinner" للاكتئاب على أنه ظاهرة انطفائية تؤدى إلى تناقص السلوك النشط تبعاً لتناقص التعزيز الإيجابى المتوقع. وهذا النموذج تم تطويره بواسطة ليفنسون (Lewinsohn, 1974) والذى أشار إلى ثلاث مجموعات من العوامل تحدد درجة الاستجابة للتعزيز المتوقع وهى: طاقة الفرد المدعمة، والاتاحة، والمهارة فى إمداد الأفراد لأنفسهم بالمدعمات (المهارة الاجتماعية الأدائية).

ويوضح الشكل التالى الاختلاف بين النموذجين السابقين:.

النموذج السلوكي:.

منبه ——————————— استجابة

فقدان التدعيمات المتوقعة ——————————— (الاكتئاب)

النموذج المعرفي:

منبــه ——— متغيرات معرفية حول البيئة ——— استجابة (الاكتئاب)

↓

مخطط

↓

↓

إنتاجات معرفية: تفسيرات – إدراكات مشوهة – ذكريات سلبية

شكل رقم ٥ النموذج المعرفي لتفسير الاكتئاب

النموذج المعرفى:.

إنتاجات معرفية: تفسيرات – إدراكات مشوهة – ذكريات سلبية.

الثالوث المعرفى السلبى:.

توضح المقابلة العيادية مع مريض الاكتئاب أن محتوى التفكير لديه يتضمن ما يلى:.

١– نظرة سلبية نحو الذات Negative view of the self: فالمريض يستخدم عدداً من المصطلحات، والتعبيرات الازدرائية التى تنقص من قدر الذات، عند وصفه لسلوكه، فهو كسول Lazy وكاذب، وعاجز.

٢- نظرة سلبية نحو العالم Negative view of the world: فالمريض يدرك حياته وعالمه بشكل عام على أنه غير مرض، ومحبط، وغير مجدٍ، ويرى أن مشكلته ليس لها حل ولا يمكن الهروب منها، ويرى العالم منفصلاً عنه، ومليئ بالتعاسة وعدم السعادة.

٣- نظرة سلبية نحو المستقبل Negative view of the future: وإلى جانب ما سبق فهو يرى المستقبل لا فائدة فيه، ويرى أن الصعوبات التى يواجهها ومشكلاته الحالية سوف تستمر إلى الأبد وسوف تصبح أسوأ مما هى عليه الآن، فهو يشعر بفقدان الأمل، والعجز، وبفقد القدرة على إحداث تغيير للأحسن.

ومن خلال الجمع بين الثالوث المعرفى السلبى، والأعراض العيادية للاكتئاب يمكن فهم الاكتئاب من خلال النموذج المعرفى كما يوضحه الشكل التالى:

الحزن، والقلق، والاستثارة، وفقدان الثقة وفقدان الدافعية، وقلة النشاط، وفقدان القدرة على الجسم، وفقدان الاهتمام، والرغبة فى التحاشى، والرغبة فى الانتحار، وفقدان الشهية، وفقدان الطاقة الجنسية، واضطراب النوم.	ـ نظرة سلبية نحو الذات. ـ نظرة سلبية نحو العالم. ـ نظرة سلبية نحو المستقبل.

(Blackburn & Davison, 1990, pp. 16-25)

ويرى سكوت (Scott, 2001) أن نموذج بيك فى الاكتئاب إنما يقوم على افتراض أن المعتقدات المكتسبة لدى الأفراد، والتى تعتبر عوامل مهيئة للاكتئاب هى معتقدات عن العجز، وأن الشخص غير محبوب، وأن المعارف السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، هى التى تؤدى إلى الاكتئاب، وأن الأفكار السلبية الآلية التى تسيطر على تفكير الأفراد المكتئبين، تم اكتسابها عن طريق تشويه منظم فى عملية معالجة المعلومات. والعلاج المعرفى فى جوهره هو إعادة صياغة البناء المعرفى المشوه وتقييمه، ومعالجة العجز الوظيفى للاتجاهات والمعتقدات (Ibid).

وطرح سليجمان فى السبعينيات من القرن الماضى تصوراً آخر لتفسير الاكتئاب، حيث أجرى سلسلة من التجارب على الحيوانات لإثبات أن الاكتئاب هو استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان، ولا مهرب منها؛ أو عندما تواجهنا مشكلات ميئوس من حلها، ويشير ميللر (Miller et al., 1996) إلى أن العجز المتعلم يمكن أن يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلى Reactive depression أو الاكتئاب الذى يرجع إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباب داخلية. ومصطلح "العجز المتعلم" Learned helplessness يصف ما يحدث عند التعرض لخبرة منفرة، وغير متحكم فيها وتعوق هذه الخبرة، ما تم تعلمه من استجابات الهروب والتحاشى، وتتمثل الأعراض السلوكية الرئيسية لتعلم العجز فى العجز عن بدء الاستجابة، وعدم ربطها بالتدعيم، وذلك يمكن النظر إليه على أنه نتيجة لتعلم أن التدعيم والاستجابة هما شيئان مستقلان.

ولمقارنة الاكتئاب بالعجز المتعلم يمكن النظر إلى أربع مناطق متشابهة رئيسية هى: الأعراض، والأسباب، والعلاج، والوقاية. وقد لا يكون ذلك منطبقاً على كل هذه المناطق الأربعة، ولكن إذا ما تداخلت الظاهرتان فى منطقة واحدة منها فيمكننا هنا أن نختبر النموذج لبقية المناطق الأخرى فلنقل مثلاً أن العجز المتعلم لدى الحيوانات والبشر تنتج عنه أعراض متشابهة تمثل الاكتئاب التفاعلى، فبما أن المنشأ لكليهما متشابه، ولو وجدنا أن تعلم العجز يمكن أن يُعالج بفعالية بتعريض الأفراد لاستجابات تنتج أو تثير الارتياح فيمكننا أن نتنبأ بشفاء الاكتئاب أيضاً. والاستجابات الفعالة فى إنتاج التدعيم يجب أن تكون قضية مركزية فى العلاج الناتج وذلك لأنه لم تتوقف التجارب على الحيوانات عند مستوى وصف الظروف التى تؤدى إلى حالة اليأس والاكتئاب بل تم وضع ملاحظات أيضاً عن الشفاء والعلاج. فقد كان العلاج بالنسبة للحيوانات ليس فقط بفك قيودها، وفتح المجال لها للهرب بل كانت تتعلم وتتدرب على تكوين استجابة معارضة لليأس. وبالانتقال إلى الإنسان

فنجد أن من أسس العلاج ألا يكتفى المعالج بتوجيه النصح للمريض بالتغير، بل يحثه على تحقيق أقصى تقدم فى العلاج، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب عدداً من المرات وذلك حتى يكتسب المريض عدداً من الحقائق والأساليب المشجعة على التغير الإيجابى والتغلب على الاكتئاب.

ومن جهة أخرى فقد أجرى ليفنسون وزملاؤه (Lewensohn, et al., 1974) عدة دراسات لإثبات أن الشخص الذى يتقن مهارات اجتماعية متنوعة فى التفاعل الإيجابى مع الآخرين وفى نفس الوقت يحتل موقعاً فى العمل يحقق له الرضا، يكون اقل عرضة للاضطرابات النفسية. وقد تبين أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم من الأفراد الأسوياء وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة شدة الاكتئاب وتدهور أو قلة المهارات الاجتماعية، كذلك تبين أن المكتئبين يتفاعلون مع عدد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظى كما يتمثل فى حجم الكلام، وطول الجملة، وطريقة النطق كلها تتأثر بالحالة الاكتئابية. وقد حقق ليفنسون وزملاؤه نجاحاً ملحوظاً فى تطوير أساليب العلاج السلوكى للاكتئاب معتمد أساساً على التدعيم الإيجابى للنشاط، والمهارات الاجتماعية، مع التدعيم السلبى للسلوك الاكتئابى. وفى هذا الإطار حدد ليفنسون ثلاث مجموعات من العوامل التى تحدد درجة الاستجابة للتدعيم المحتمل وهى: طاقة الفرد التدعيمية Individual's potential reinforces (التى تختلف كماً وكيفاً)، والإتاحة Availability، ومهارات الفرد فى إمداد نفسه بالمدعمات (وهى الفعالية أو المهارات الاجتماعية) Social skills.

ويشير بايكل ودولتشاهى (Paykel & Dowlatshahi, 1998) إلى أنه يجب أن نأخذ فى الاعتبار أن أحداث الحياة قد تسبب الاضطرابات النفسية (وذلك فى وجهة نظر جديدة مفسرة للاكتئاب)، حيث تبنت البحوث الواقعية منهجاً أكثر حداثة، والخطوة الأولى كانت تنمية قائمة لأحداث الحياة. وقد استخدمت الدراسات الأولية استخبارات التقرير الذاتى، ولكن الدراسات

اللاحقة لها تحركت تجاه بناء قوائم لمقابلة شبه مقننة، وذلك لأن التعرف على المشكلة يكمن فى تقرير استرجاعى للأحداث الحياتية، ولذا فقد تكون التقارير الذاتية أكثر تحيزاً فى استدعاء أحداث معينة دون غيرها. وفى هذا الصدد تم دراسة أحداث الحياة فى علاقتها ببداية الأمراض الطبنفسية، واهتمت الدراسات باضطرابات القلق، والوساوس القهرية، والهوس، والفصام، ومحاولات الانتحار، والانتحار الفعلى، ولكن أكثر الاضطرابات التى تم دراستها هو الاكتئاب. وترتبط الضغوط التى نتعرض لها بأحداث الحياة، وهو الأحداث اليومية التى يتعرض لها كل الناس وتشمل هذه الأحداث التفاعلات الأسرية والاجتماعية خارج الأسرة، وداخل العمل، والأمور المالية، وغيرها وكل هذه الأنواع من الأحداث ينتج عنها ضغوط نفسية عديدة. وللتغلب على هذه الضغوط فإن هناك عدداً من الطرق والأساليب العلاجية التى من شأنها أن تقلل منها. ومن هذه الأساليب: الاسترخاء، وتحديد الأهداف، والتقليل من الانفعالات، وتوزيع الأعباء، وغيرها من الأساليب التى تستخدم لتخفيف هذه الضغوط.

ويربط جاهودا "Jahoda" (See: Nezu et al., 1989) بين الصحة العقلية وحل المشكلات، فقد أشار منذ ما يقرب من ثلاثين عاماً إلى أن القدرة على حل المشكلات تعد أحد المكونات الأساسية الحاسمة بالنسبة للصحة النفسية والعقلية. وافترض أيضاً أن العجز فى مهارات حل المشكلات يرتبط بالتوافق النفسى غير الكفء وأيضاً بالأمراض النفسية. وفيما يتعلق بالاكتئاب، فقد أشار نيزو. (Ibid) إلى وجود علاقة تفاعلية متبادلة بين أربعة متغيرات هى: أحداث الحياة السلبية الرئيسية (الكبرى)، والمشكلات الحالية، ومواجهة حل المشكلات، والأعراض الاكتئابية. وذلك فى المستوى الأول من تحليل الاكتئاب. أما على المستوى الثانى من التحليل فيتم التركيز على عوامل الاستهداف الوراثية والحيوية، ويركز المستوى الثالث من التحليل على العلاقة بين كل من المكونات الأساسية لحل المشكلات والاكتئاب.

ومما سبق يتضح أن هناك عدة أُطر نظرية وعدة نماذج تصدت لتفسير الاكتئاب، وبناءً عليها تم تطوير عدد من الأساليب العلاجية التى ترتكز على تلك الأسس، سواءً أكانت سلوكية أم معرفية. وهذا ما دفعنا لتبنى وجهة النظر الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور فى علاج الاكتئاب، وذلك فى سياق تكاملى انتقائى كما سيتم توضيح ذلك لاحقاً.

العلاج النفسى متعدد المحاور:.

تتبنى السلوكية المعاصرة نوعاً من التفكير الذى يهتم اهتماماً خاصاً بالمشكلة النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسى عندما يحدث يشمل أربعة جوانب من الشخصية:.

١- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية).

٢- الانفعال (التغيرات الفسيولوجية).

٣- التفكير (طرائق التفكير، والقيم، والاتجاهات، وأساليب حل المشكلات).

٤- التفاعل الاجتماعى (العلاقات بالآخرين، وطرائق معالجة وإدارة الضغوط، والمهارات الاجتماعية).

(عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤، ص ص ٩٣- ٩٩؛ عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص٢٥٠).

ويقدم بلاكبيرن ودافيسون، تحليلاً وظيفياً للاكتئاب كما يلى:.

١- **الأعراض النفسية.**

أ- المزاج (الكدر، والقلق، والاستثارة).

ب- التفكير (نقص التركيز، وبطء التفكير، والنظرة التشاؤمية، ونقد الذات، ونقص تقدير الذات، وعدم الحسم).

ج- الدافعية: نقص الاهتمام بالعمل، وعدم الرغبة فى أداء نشاطات العمل والنشاطات الاجتماعية الأخرى، والرغبة فى الهروب، وازدياد الاعتمادية.

د- السلوك: عدم النشاط، والبكاء، والشكاوى الزائدة.

٢- **الأعراض الحيوية (البيولوجية):.**

فقد الشهية/ زيادة الشهية (اضطراب الطعام)، وفقدان الطاقة الجنسية، واضطرابات النوم، والانعزال، والاهتياج. (Blackburn & Davison, 1990, pp. 4-5).

ويتفق هذا التحليل الوظيفى للاكتئاب كما قدمه بلاكبيرن ودافيسون مع ما ورد فى دليل التشخيص الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV)، فيما يتعلق بمحكات تشخيص الاكتئاب (See: DSM-IV, pp 317-324).

ونستخلص مما سبق أن هناك عدداً من الجوانب التى يجب التصدى لها عند علاج الاكتئاب، إذ أن إغفال أحد هذه الجوانب قد يؤدى لاحقاً إلى زيادة احتمال الانتكاس، لذلك فلابد للمعالج أن يختار من الأساليب العلاجية المتاحة ما يتوافق مع حالة المريض، بحيث ينجح فى مواجهة الجوانب المختلفة للاضطراب.

وأحدث ما تم كتابته عن العلاج متعدد المحاور هو ما يمكن تسميته بالمنحى التكاملى الانتقائى Integrative and eclectic approach والانتقائية هى اختيار عدد من المبادئ الموجودة داخل الأنساق والنظم المختلفة من التفكير، بحيث تكوّن نسقاً مقبولاً ومرضياً من المبادئ الجديدة.

والانتقائية كاتجاه مثلها مثل المذهب الشكى Skepticism، أو المذهب التوفيقى Syncretism، تظهر فقط عندما توجد نظم وطرائق متعددة، ومتعارضة فى المحال، لكن الانتقائية فى جوهرها ليست مماثلة للمذهب الشكى، فلا

يتم تعديل كل النسق للوصول إلى التجانس المطلوب، لكن بدلاً من ذلك، يتم اختيار مبدأ نفسياً من كل نظام من الأنظمة المتوفرة والتى تتميز بقدر من الانسجام الداخلى.

ويقوم مبدا الاختيار على عدد من القواعد هى:.

١- اختيار ما يعتبر الأفضل فى كل الأنظمة.

٢- أفضل الإجراءات العلاجية التى تبدو أكثر قابلية للتطبيق على الحالة.

٣- اختيار ما له القدرة على العمل والاستقرار.

٤- اختيار مفاهيم مستقاة من اثنين أو أكثر من أنساق التفكير السائدة فى مختلف مدارس علم النفس.

ومن ناحية أخرى، نجد أن التكامل هو عملية جمع أجزاء مختلفة فى كل واحد أو إكمال شئ لم يكن قد تم إكماله عن طريق إضافة أجزاء أخرى له. وقد يبدو للوهلة الأولى أن هناك تداخلاً بين الانتقائية/ والتكامل، لكن الفرق الجوهرى بينهما يكمن فى أن الانتقائية هى عملية اختيار مع تضمين أخذ شئ أو جزء من شئ خارجاً عنه، فى حين أن التكامل هو عملية "جمع" مع تضمين إنتاج شئ كلى جديد.

وما قد يعد مثالاً على هذا المنحى، ما يسمى بالعلاج المعرفى التحليلى Cognitive analytic therapy وهو أحد نماذج العلاج الانتقائى التكاملى متعدد المحاور، حيث يتم جمع عدد من الأفكار والمبادئ من نظرية التحليل النفسى، والنظرية المعرفية، ونظرية البناء الشخصى فى أسلوب علاجى مستقل. وترجع بدايات هذا الأسلوب الجديد إلى الكتابات المبكرة لأنتونى رايل (Anthony 1982, Ryle 1990) والذى صاغه بصورة متكاملة فى كتاباته ما بين عامى (١٩٩٥- ١٩٩٧) (See: Palmer & Woolof, 2000, pp. 202-212).

العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب والمساعدة الذاتية (self-Help):.

يبرز مفهوم المساعدة الذاتية كفنية من فنيات العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب ويقف كإحدى الفنيات المهمة والتى تخدم الهدف الأساسى للعلاج النفسى المعرفى السلوكى، وهو مساعدة المريض على تعلم طرائق جديدة، يستطيع بواسطتها التصدى للضغوط وحل المشكلات، والتعامل الكفء فى المواقف الحياتية الراهنة والمستقبلية حتى بعد انتهاء فترة العلاج. وهناك نوعان من المساعدة الذاتية:.

النوع الأول: المساعدة الذاتية بأسلوب إعطاء الواجب المنزلى Self-Help Homework:.

وهو الأسلوب الأكثر شيوعاً واستخداماً فى العلاج المعرفى السلوكى، وهو قائم على إعطاء واجبات منزلية للمريض، يقوم بإنجازها ما بين الجلسات العلاجية. وقد تكون هذه الواجبات عبارة عن جداول للمراقبة الذاتية للأفكار الآلية السلبية، أو ممارسة النشاطات السارة، أو ممارسة تمارين الاسترخاء، أو ممارسة بعض التدريبات على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات إلى غير ذلك من الواجبات التى تعطى للمريض فى هذا السياق على حسب ما يحتاجه، ووفقاً للخطة العلاجية المحددة له. وفى كل جلسة من جلسات العلاج يقوم المعالج بمراجعة ما تم إنجازه من واجبات منزلية خلال الأسبوع السابق، وتحديد أوجه القصور وأوجه الاستفادة، وتحديد أسباب هذا القصور إن وجد، ومدى فعالية هذه الواجبات فى تحسين أعراض المرض.

وهناك عدد من الصعوبات والمشكلات التى تواجه تنفيذ هذا الأسلوب يوردها بيك وآخرون (Beck et al., 1992, pp. 24-27) فى عدد من النقاط كما يلى:.

١- عجز المرضى عن أداء مثل هذه الواجبات فى حالات الاكتئاب الحادة.

٢- لا يقوم المرضى بأداء هذه الواجبات، وذلك خوفاً من الفشل فى إنجاز المهام المطلوبة.

٣- اعتقاد المرضى واقتناعهم بعجزهم عن مواصلة إنجاز هذه المهام لفترة طويلة.

٤- عجز المرضى عن تنظيم أوقاتهم، وحاجتهم للمساعدة فى هذه العملية.

٥- فى كثير من الأحيان يعتقد المرضى أن مشكلاتهم أكثر عمقاً، وتعقيداً من أن تُحل عن طريق مثل هذه الواجبات.

٦- يعتقد المرضى أن التحسن يمكن أن يحدث دون اللجوء لمثل هذه الواجبات.

٧- وأخيراً يمكن إضافة نقص الدافعية العامة للمرضى، والتى قد تقف كخلفية لكل هذه المشكلات والصعوبات.

النوع الثانى: العلاج القائم على المساعدة الذاتية Self-Help Treatment:.

وهناك تعريفان لهذا النوع من المساعدة الذاتية:.

أولهما: يتلقى المريض منهجاً أو طريقة علاجية مقننة، مع إعطاءه الكيفية التى يمكن أن يساعد بها نفسه بدون الحاجة إلى مساعدة رئيسة من المعالج. لذلك يجب أن يتم شرح العلاج بطريقة مفصلة، وفعالة، حتى يتمكن المريض من تنفيذها بشكل مستقل.

ثانيهما: فهو استخدام مواد مكتوبة، أو برامج حاسوبية، أو وسائط سمعية وبصرية بهدف حصول المرضى على فهم لمشكلاتهم وإيجاد حل لها، ويقوم المريض بذلك مستقلاً عن المعالج.

فلمن إذن يقدم هذا النوع من العلاج ؟ يقدم هذا النوع من العلاج إلى الفئات التالية:.

١- المرضى الذين هم على قائمة الانتظار، لتلقى الخدمات العلاجية فى مجال الرعاية الأولية.

٢- المرضى والأفراد لدعم العمل مع ممارسين فى الصحة العامة أثناء الجلسات العلاجية فى مجال الرعاية الأولية والثانوية.

٣- جماعات المرضى لدعم التدخلات على مستوى الجماعات العلاجية.

. (Williams & Whietfield, 2001, pp. 133-145)

ويضاف إلى المشكلات الخاصة بهذين الأسلوبين للمساعدة الذاتية الآتى:.

١- الفروق الثقافية والحضارية بين ما يمكن أن يطبق فى الغرب وما يمكن أن يطبق فى ثقافتنا العربية.

٢- انخفاض الوعى بالأساليب العلاجية النفسية المعرفية.

٣- اختلاف أسلوب الحياة.

٤- اختلاف ديناميات المرض النفسى عموماً، والعوامل الحافزة على الاكتئاب خاصة فى البيئة الغربية عن البيئات العربية.

ماذا يمكن أن يقدم فى هذا الصدد؟.

للتغلب على المشكلات والصعوبات التى تواجه كلا النوعين السابقين من أساليب المساعدة الذاتية، وجدنا أنه يجب إدخال بعض التعديلات الإجرائية على أسلوب استخدام المساعدة الذاتية، ويمكن تلخيصها فيما يلى:.

المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج Modeling Self-Help:.

وتكمن الفكرة الأساسية هنا فى تعديل أساليب تقديم المساعدة الذاتية وطرائق أداء الواجبات المنزلية. ويتمثل الإجراء الأساسى فى إعطاء المريض نموذجاً من الواجبات المطلوب القيام بها، والسلوكيات المراد تعديلها، والتدخلات العلاجية التى يجب أن تقدم له والتى يجب أن يقوم بها بنفسه فيما بين الجلسات العلاجية الأسبوعية، وذلك داخل الجلسة العلاجية ذاتها، عن

طريق استخدام المعينات السمعية والبصرية، وتخصيص وقت لكل نشاط يتم تقديمه سواء أكان قراءة، أم مشاهدة شريط فيديو، أم الاستماع لشريط مسجل، تبعاً لجدول محدد يضعه المعالج بناءً على ما يريد أن يقدمه من نشاطات أو يقوم به من تدخلات علاجية أثناء الجلسة، وأيضاً وفقاً لما هو مطلوب من المريض من واجبات، أو تعديلات سلوكية أو معرفية يقوم بإنجازها وتأتى هذه المرحلة (مرحلة القراءة أو الاستماع أو المشاهدة) كمرحلة أولى فى هذا الأسلوب.

أما المرحلة الثانية، فهى تخصيص وقت من الجلسة لسماع شرح، ونقد المريض وتقييمه لما تم تقديمه فى المرحلة الأولى، وتحديد مدى الاستفادة منه، وذلك وفق عدد من النقاط التقييمية المحددة سلفاً، تقدم فى صورة استمارة للتقرير الذاتى، أو فى صورة مقابلة مقننة (حسب ما تقتضيه الحال). وتتحدد هذه النقاط فيما يلى:.

١- تلخيص المريض لما تم عرضه، أو قراءته، أو سماعه أثناء الجلسة (المرحلة الأولى).
٢- تقييم لمدى فهم المريض للإجراءات المتبعة التى خبرها.
٣- ذكر الإيجابيات التى وجدها المريض فى المرحلة الأولى.
٤- ذكر السلبيات التى وجدها المريض فى المرحلة الأولى.
٥- تقييم الفرد لقدرته على القيام بمثل هذه الواجبات أو المهام.
٦- تحديد المريض لأساليبه وطرائقه الخاصة به، والتى يمكن أن يستخدمها وصولاً إلى الهدف المحدد من الجلسة، وذلك إلى جانب ما تم معرفته خلال المرحلة الأولى.
٧- مقترحات مقدمة من المريض نفسه، عن الأساليب البديلة بشكل عام وصولاً إلى الهدف نفسه.

٨- تقدير المريض لمدى استفادته مما تم عرضه وتقديمه خلال المرحلة الأولى (درجة من عشرة).

٩- توقعات المريض عن مدى نجاحه، وإمكاناته لتنفيذ هذا السلوك أو هذه المهام منفرداً.

١٠- تحديد الأفراد الذين يفضل المريض التعامل معهم، أو الأماكن التى يفضلها لتنفيذ المهام والتدخلات المقدمة والواجبات المقترحة.

ومن شأن هذه الإجراءات المتبعة أن تضمن تحقق بعض الأهداف العلاجية والتى أهمها :.

أ- قيام المريض بإنجاز الجزء الأكبر من الواجب المنزلى أثناء الجلسات، بما يضمن تلقيه لقدر من الاستفادة العملية الواقعية.

ب- ضمان استيعاب المريض وفهمه وإتقانه للمهارات المطلوبة لتنفيذ المهام المقدمة، ووعيه بالطرائق التى يستخدمها، واختياره لأنسبها بما يتوافق مع ظروفه الحياتية اليومية.

ج- تنمية دافعية المريض للقيام بممارسة الواجبات المنزلية (المساعدة الذاتية) منفرداً خارج الجلسات العلاجية، وذلك لحصوله على قدر من الدعم الإيجابى، والاستيعاب أثناء الجلسة.

د- تنمية وتحسين إدراك المريض لكفاءته الذاتية عن مدى إمكانية نجاحه فى القيام بالمساعدة الذاتية.

ه- تنمية قدرة المريض على التفاعل الإيجابى دون التعرض لضغوط خارجية.

و- قد يساعد إحساس المريض بالمشاركة فى وضع الأهداف العلاجية وتحليلها، وتحديد أنسب الأساليب الملائمة له، على زيادة تقديره لذاته.

ز- إمكان التوقف عند نقاط معينة (سواء أكانت فكرة، أم سلوكاً) وتقديم نقد لها، أو تدعيمها بشكل مباشر.

ح- مشاركة المريض فى تقييم السلوك المرضى، والسلوك السوى، وبما يساعد على سرعة تقبله لهذا السلوك، واقتناعه بالوسائل التى تؤدى إلى إنجاز هذا السلوك السوى أو التخلى عن السلوك المرضى.

ك- التقنيات التكنولوجية المقدمة من خلال المعينات السمعية والبصرية، والمتجددة من جلسة إلى أخرى قد تضفى جاذبية خاصة على الجلسات، وتنمى دافعية المرضى للاستمرار، والانتقال من مرحلة علاجية إلى أخرى.

ويشير كل من وليامز ووايتفيلد (Ibid) إلى عدد من مصادر تقييم كفاءة المواد المستخدمة فى أسلوب المساعدة الذاتية، بحيث تلائم احتياجات المرضى وهى:.

١- **سهولة الوصول والتناول Accessibility**: يجب أن تقدم المواد المستخدمة فى الجلسات المبدئية بأشكال وطرائق مختلفة، وملائمة، وتتميز بسهولة الاستخدام، وسهولة الفهم والتناول.

٢- **الملاءمة Appropriateness**: يجب أن تصمم الأدوات بشكل يلائم احتياجات المرضى فى كل جلسة.

٣- **الإتاحة Availability**: يجب أن تكون المواد المقدمة متاحة لأكبر عدد من الأشخاص فى وقت واحد، وهذا يعنى أن تقدم هذه الأدوات فى أشكال مختلفة مثل: الكتب، والاسطوانات المدمجة، وشبكة المعلومات بحيث يكون هناك نسخة الكترونية من المواد يمكن نشرها عبر شبكة المعلومات.

٤- **القابلية للقراءة Legibility**: ولتحقيق هذا الهدف يجب أن يقدم المحتوى فى شكل نص واضح وملائم للجمهور. فمثلاً فى حالة مرضى الاكتئاب، غالباً ما يكون هناك اضطراب فى الانتباه، والقدرة على التركيز، ومن ثم يجب استخدام بنط كتابة مناسب، مع ترك مسافات

بين السطور، وتكون النصوص واضحة، والفقرات قصيرة، وقد يكون استخدام الظلال عملية ميسرة للحصول على كفاءة أعلى، وأيضاً يجب أن تكون الجمل قصيرة، مع التقليل قدر الإمكان من المصطلحات العلمية، والطبية، والنفسية.

٥- **اشتراك المستخدم User involvement**: يجب أن يشترك المستخدمون فى اختيار المواد الخاصة بهم، وتصميمها حتى تتفق مع حاجاتهم.

وفى هذا الصدد، نرى أن الشروط السابقة يمكن تعديلها، وإضافة عدد من الشروط الواجب توافرها فى المواد المستخدمة فى أسلوب المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج على النحو التالى:.

١- **الجاذبية والإثارة**: يقصد بالجاذبية والإثارة أن تتميز المادة المقدمة بعدد من الخصائص، والمميزات البنائية والشكلية ذات الجاذبية المثيرة للدهشة، ويتأتى ذلك من خلال الجدَّة فى شكل وطريقة تقديم محتوى المواد المستخدمة، والأسلوب المتبع فى تقديم المادة سواء أكانت مقروءة، أم مسموعة، أم مرئية.

٢- **الملاءمة الوظيفية**: يقصد بها ملاءمة المادة ليس فقط لما يحتاجه ويختاره المرضى، بل وملاءمتها أيضاً للأهداف العامة التى يضعها المعالج والمأمول تحقيقها من هذه المادة، وأيضاً تكون محققة للأهداف النوعية، والتى قد تختلف من جلسة إلى أخرى، ومن مرحلة إلى أخرى من مراحل العلاج.

٣- **المرونة**: وهى أن تتسم المادة، أو المواد المستخدمة بقابليتها للاستبدال أو التعديل (من مسموعة إلى مرئية، أو من مكتوبة إلى مسموعة وهكذا) وذلك وفقاً للحالة العامة للمريض، وأيضاً للطبيعة النوعية للجلسات.

٤- **التكامل**: ويقصد به إمكانية الجمع بين أكثر من وسيلة من وسائل المساعدة الذاتية لتحقيق الهدف نفسه فى الجلسة الواحدة، أو اختيار

أجزاء محددة من كل نوع من الأشكال والمضامين المختلفة من المواد المستخدمة لتحقيق الهدف نفسه.

هـ- **التوقيت**: يقصد بالتوقيت فى هذا السياق نوعان من التوقيت:.

أ) **توقيت العرض أو التقديم**: فمتى يتم تقديم المادة المستخدمة، هل تقدم فى بداية الجلسة أو فى المنتصف أم فى آخر الجلسة؟ وهل يستقطع وقت من وقت الجلسة الأصلى؟ أم يزيد وقت الجلسة بمقدار عرض أو تقديم المادة المستخدمة؟.

ونرى فى هذا الصدد، أن يزيد وقت الجلسة الأصلى بمقدار يتراوح بين ٣٠- ٤٥ دقيقة يتم فيها تقديم مواد المساعدة الذاتية بمرحلتيها الأولى والثانية.

ب) **مدة العرض**: هل تتفاوت مدة عرض المواد المقدمة للمساعدة الذاتية وفقاً لطبيعة كل مادة؟ أم يتم تثبيت وقت أو مدة التقديم أياً كان نوع المادة المقدمة؟.

ونرى فى هذا الصدد أيضاً، أنه إذ كانت المادة المقدمة تتسم بمحتوى معلوماتى تعليمى أن تكون مدة العرض قصيرة (١٥- ٢٠ دقيقة) ويزيد هذا الوقت فى حالة ما إذا كان محتوى المادة المقدمة عبارة عن تمارين، أو تدريبات، أو ممارسات لنشاطات معينة لأهداف علاجية محددة (تعديل سلوك- نشاطات سارة – تمارين استرخاء – مهارات اجتماعية – مهارات توكيدية إلخ).

وبعد هذا العرض الموجز لبعض الأُطر النظرية المفسرة للاكتئاب وعرض بعض الأساليب المعرفية السلوكية وصولاً إلى أسلوب المسافة الذاتية المسبوقة بنموذج يمكن وضع خطة عامة لسير البرنامج العلاجى والمحاور الأساسية التى سوف يتضمنها البرنامج على النحو التالى:.

خطة تخفيف حدة الاكتئاب باستخدام أساليب المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج:.

هناك عدد من الموضوعات التى يجب أن يتم اختيارها بعناية ، وتبعاً لمنهج فعال وهادف، وعلى أساس هذه الموضوعات يتم تحديد أساليب المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج، والتى سوف يتم على أساسها وضع الخطة العلاجية. وهذه الموضوعات تمثل عدداً من المراحل المنفصلة المتصلة بشكل تكاملى، وتتحدد هذه الخطة المقترحة فى أربعة محاور هى:.

أولاً : **فهم الاكتئاب:** ويتم فى هذه المرحلة تناول عدد من الموضوعات التى تساعد المرضى على فهم طبيعة المرض ومنها: الأعراض والتغيرات السلوكية والتغيرات فى التفكير والأعراض الجسمية المصاحبة، والتغيرات المزاجية.

ثانياً : **التدخلات العلاجية الفعالة:** مثل أساليب حل المشكلات، وبرامج تأكيد الذات، وتعديل السلوك، والتغلب على مشكلات النوم والأعراض الجسمية، وملاحظة الأفكار وعلاج التشوه المعرفى (دحض وتفنيد الأفكار الآلية)، وتعديل الاتجاهات السلبية.

ثالثاً : **تغيير المزاج:** النشاطات السارة، وتغيير أسلوب الحياة.

رابعاً : **التخطيط للمستقبل:** برامج للوقاية من الانتكاس.

برنامج العلاج المعرفى السلوكى لتحسين أعراض الاكتئاب:.

أولاً: الإطار العام للبرنامج.

أ) يشتمل البرنامج على ثلاث مراحل متتالية:.

١- المرحلة الأولى: المرحلة التمهيدية أو قبل العلاجية "ثلاث جلسات".

٢- المرحلة الثانية: مرحلة التدخلات العلاجية الفعلية (معرفية وسلوكية) "عشر جلسات".

٣- المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء العلاج والوقاية من الانتكاس "ثلاث جلسات".

ب) بناء الجلسات:.

هناك إطار واضح ومحدد، وخطوات متتالية تحدد سير الجلسة العلاجية من بدايتها حتى نهايتها، وبما يضمن تحقيق أقصى استفادة للمريض وأقصى استغلال واستثمار لوقت المعالج، ويقى من التطرق إلى موضوعات أو قضايا فرعية غير محسوبة، مما يؤدى إلى استنزاف الوقت وقلة الفائدة. وهذا التخطيط أو البناء غالباً ما ينطبق على كل الجلسات العلاجية (عدا الجلسة الأولى بطبيعة الحال). ولكى تتحقق المرونة للبرنامج العلاجى فقد تم تخصيص ما يسمى "بالمساحات الحرة" من وقت لآخر، وهى فترة زمنية خلال الجلسة يترك للمريض مناقشة وطرح أى موضوعات أخرى خارج الأجندة الموضوعة للجلسة، الأمر الذى قد يساعد على خفض القلق من ناحية والشعور بالحرية الانفعالية من ناحية أخرى.

ويتحدد بناء الجلسات العلاجية على النحو التالى:.

١- فحص مزاج المريض.

٢- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلستين.

٣- وضع أجندة للجلسة الحالية.

٤- تلقى العائد والربط بين الجلسات الحالية والسابقة.

٥- مناقشة بنود الأجندة.

٦- الواجب المنزلى.

٧- طلب عائد فى نهاية الجلسة.

٨- قياس شدة الاكتئاب بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب قبل الجلسة.

يتراوح زمن الجلسة بين (٦٠- ٩٠ دقيقة)، بواقع جلسة أسبوعياً عدا الجلسات التمهيدية فيمكن أن تكون خلال أسبوع واحد بفاصل زمنى يوم واحد بين كل جلستين.

ثانياً: الأهداف والإجراءات العامة للبرنامج:.

سيتم فى هذا الجزء تحديد الأهداف العامة والإجراءات النوعية للبرنامج العلاجى بشكل عام، وذلك تبعاً لطبيعة كل مرحلة من مراحل البرنامج وذلك على النحو التالى:.

أ) المرحلة الأولى: الجلسات التمهيدية: "ثلاث جلسات".

وهى جلسات علاجية، لها أهداف محددة يمكن تفصيلها على النحو التالى:.

١- تحديد مشكلات المريض وتكوين المفهوم المعرفى لكل مشكلة على حدة، وصياغتها صياغة محددة وواضحة.

٢- إجراء القياسات المبدئية وتحديد خط الأساس من حيث شدة الأعراض الاكتئابية وحدة المشكلات بكافة أنواعها (معرفية، ومزاجية، وسلوكية، واجتماعية).

٣- تأكيد أهمية العلاقة التعاونية بين المعالج والمريض، وأهمية الواجب المنزلى (أو المهام المنزلية)، وبيان مدى تأثيرها على سرعة العلاج وكفاءته.

٤- تعريف المريض بصورة مختصرة، ومبسطة بطبيعة العلاج المعرفى السلوكى وكيفية تطبيقه وإجراءاته.

٥- التدريب المبدئى على المهام التى سوف يقوم بإنجازها المريض خلال وبين الجلسات العلاجية عن طريق تقديم نماذج من هذه المهام.

٦- إقامة التحالف العلاجى والاتفاق على الاستمرار، وتحديد مدى دافعية المريض للمضى فى العلاج.

الإجراءات العامة:.

١- تتم الجلسات الثلاث خلال أسبوع بفاصل زمنى يوم واحد بين كل جلستين.

٢- زمن الجلسة يتراوح بين (٦٠- ٩٠ دقيقة).

٣- توزع التقييمات الخاصة بخط الأساس والمعلومات عن المريض على مدى الجلسات الثلاث.

٤- تخصيص جزء من الجلسة للتداعى الحر ومعرفة مشكلات المريض المزاجية والاجتماعية وغيرها.

ب) المرحلة الثانية: مرحلة التدخلات العلاجية: "عشر جلسات".

وهى مرحلة التدخلات العلاجية الفعلية ولها أهداف عامة محددة، ويتم الوصول إلى هذه الأهداف من خلال عدد من الإجراءات التنفيذية، ويمكن تفصيل هذا الأهداف والإجراءات على النحو التالى:.

الأهداف العامة:.

١- زيادة وعى المريض بالمشكلة.

٢- زيادة وعى المريض بطريقة العلاج المعرفى السلوكى.

٣- تخفيف أعراض الاكتئاب.

٤- معالجة أخطاء التفكير.

٥- تغيير أسلوب حياة المريض بما يؤدى إلى تجنب المواقف الداعية للاكتئاب أو مواجهتها بطريقة إيجابية.

٦- تعليم المريض أساليب جديدة للتفكير.

٧- تقييم ومعالجة التشويه المعرفى فى اتجاهات المريض.

٨- تعليم المريض أساليب جديدة لحل المشكلات.

٩- تعليم المريض أساليب واستراتيجيات مواجهة الضغوط والتعايش معها.

ولتحقيق هذه الأهداف العلاجية هناك عدد من الإجراءات التنفيذية التى من شأنها أن تساعد فى سرعة وكفاءة تحقيق هذه الأهداف، وهى تعتبر لُب

التدخلات العلاجية، أو العملية العلاجية ذاتها، والتى تقدم من خلال الجلسات فى هذه المرحلة. ويمكن إجمال هذه الطرق والإجراءات فى النقاط التالية :.

١- التعليم والتثقيف النفسى للمريض.
٢- التدريب على الاسترخاء العضلى العميق.
٣- التدريب على مهارات تأكيد الذات.
٤- . التعامل مع الأفكار الآلية (دحض وتفنيد الأفكار- جداول المراقبة الذاتية).
٥- التدريب على حل المشكلات.
٦- أداء الأدوار.
٧- ممارسة النشاطات السارة (تخيلياً أو واقعياً).
٨- معالجة التشويه المعرفى فى اتجاهات المريض.
٩- معالجة أخطاء التفكير.
١٠- تعليم المريض طرق المساعدة الذاتية (كيف تكون معالجاً لنفسك؟).
١١- تعليم المريض طرق مواجهة الضغوط والتعايش معها.

وسوف يتم توضيح الإجراءات النوعية لكل مما سبق فى إطار شرح الجلسات العلاجية.

ج) المرحلة الثالثة: التقييم النهائى والوقاية من الانتكاس: "ثلاث جلسات".

وهى المرحلة الأخيرة من البرنامج وتتلخص أهدافها فيما يلى:.

١- إجراء التقييم النهائى للمريض لكل ما تم إنجازه فى الجلسات العلاجية.
٢- إنهاء العلاج.
٣- تحديد مواعيد المتابعة.
٤- التقييم النهائى للبرنامج والتدخلات العلاجية ومدى استفادة المريض (تقرير ذاتى).

الإجراءات:.

وتتلخص إجراءات هذه المرحلة فى عدد من النقاط كما يلى:.

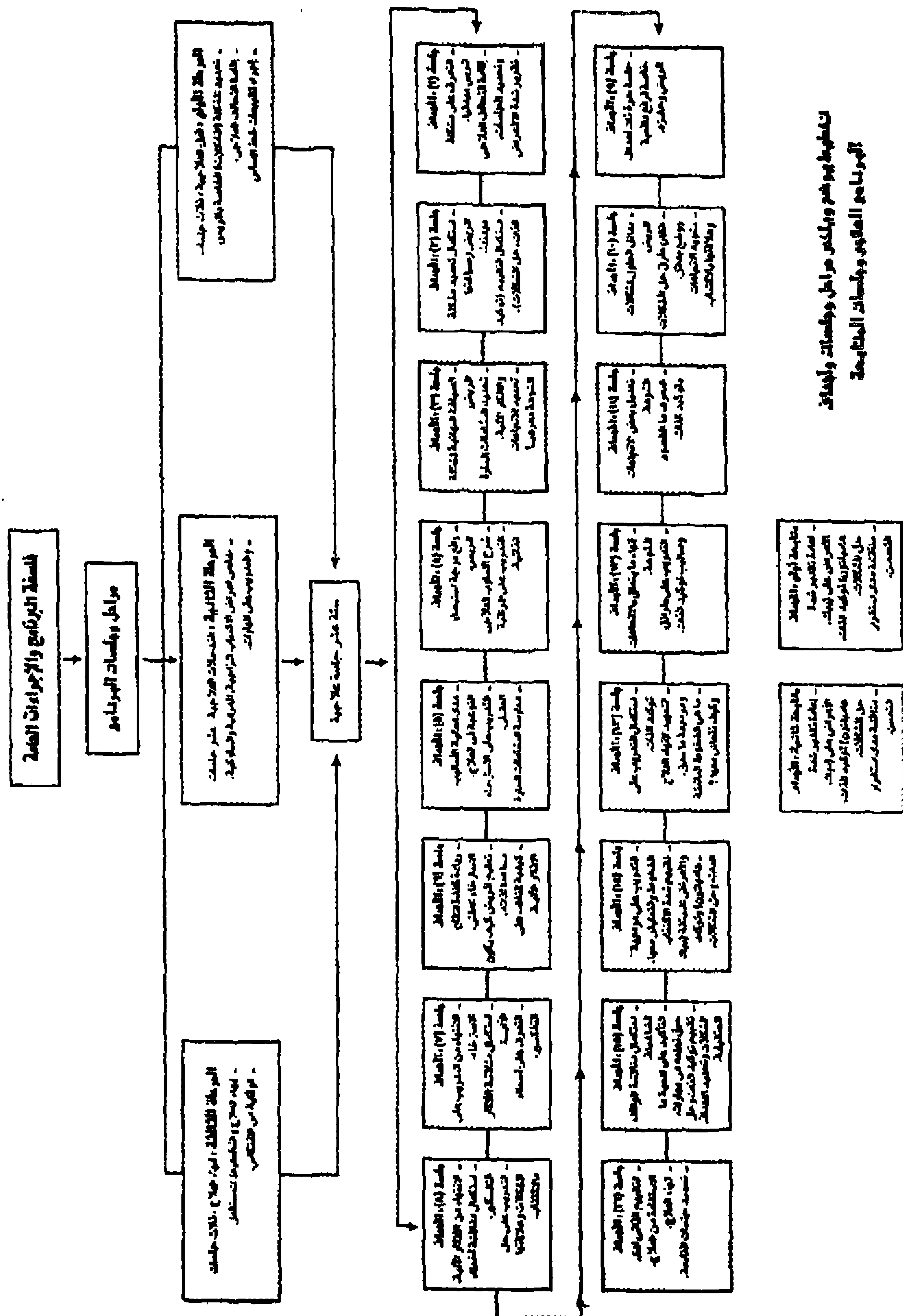
١- يجيب المريض على كل المقاييس والاختبارات التى تم الإجابة عليها فى المرحلة الأولى.

٢- تبصير المريض بإمكانية نجاحه فى العمل مستقلاً بشكل نهائى عن المعالج وأهمية ما تعلمه فى عدم عودة الأعراض مرة أخرى.

٣- الإجابة على استمارة تقييم البرنامج العلاجى من وجهة نظر المريض وتحديد مدى استفادته من ما تم خلال فترة العلاج.

٤- تأكيد أهمية المتابعة فيما بعد.

٥- تأكيد أهمية تعلم طرق مواجهة الضغوط وأساليب التعايش معها كاستراتيجية للوقاية من الاكتئاب وتدعيم النظرة الإيجابية وتأكيد أهمية الأنشطة السارة.



شكل رقم (٦) رسم تخطيطي جلسات وأهداف البرنامج العلاجي

جلسات برنامج العلاج المعرفى السلوكى لتحسين أعراض الاكتئاب.

الجلسات.

أولاً: المرحلة الأولى: المرحلة قبل العلاجية "ثلاث جلسات".

الجلسة الأولى:.

أ) الأهداف:.

١- معرفة مشكلات المريض بشكل مبدئى.

٢- التقدير المبدئى لحدة الأعراض.

٣- إقامة العلاقة العلاجية وتحديد أجندة المواعيد الثابتة للجلسات القادمة.

ب) الإجراءات:.

١- استقبال المريض:.

يتم استقبال المريض، والترحيب به بشكل حيادي، ويجلس أمام المعالج ويفضل فى بداية الجلسات أن تكون هناك مسافة كافية بين المعالج والمريض، غالباً ما تكون بقدر الحيز الذى يشغله عرض المكتب. ويتم سؤال المريض بعض الأسئلة الاستفسارية الموجهة لمعرفة مشكلته بشكل مبدئى من قبيل:.

أ- ما سبب مجيئك للعلاج؟.

ب- مما تعانى، مما تشكو، ما الأعراض أو الأحاسيس أو المشاعر التى تشعر بها ؟ وما الأفكار التى تشغل ذهنك وتشعر أنها ترهقه؟.

ج- هل أثرت مشاكلك الحالية على أوجه حياتك المختلفة ؟ كيف؟.

د- هل تشعر فى الوقت الحالى بأنك فى حاجة لتلقى علاجاً نفسياً متخصصاً؟.

٢- إتاحة الفرصة للمريض للتعبير عن مشكلته (أو مشكلاته) بشكل تلقائى وبالشكل الذى يراه مع عدم إعطاء أى توجيهات أو إرشادات أو نصائح خلال الجلسة.

ويساعد التداعى الحر فى تعميق انطباعات وملاحظات المعالج عن المريض، ومعرفة بعض أوجه التشويه فى التفكير والاتجاهات، وقد يساعد أيضاً فى إتمام جزء من العلاقة العلاجية المرجوة. ويظهر المعالج حسن الاستماع، والاهتمام، والجدية فى المقابلة والتفهم لأعراض وشكاوى ومشاكل المريض.

٣- إقامة التحالف العلاجى: بعد سماع شكاوى المريض مبدئياً، وقبوله ضمناً من قبل المعالج يتم سؤال المريض السؤال التالى مباشرة، "هل أنت على استعداد للتعاون معى عند تلقيك علاجاً نفسياً حتى تتخلص من مشاكلك التى تعانى منها أم لا؟ وبعد أخذ موافقة المريض على الاستمرار فى العلاج يتم توضيح التالى:.

"إن فترة العلاج التى سوف تقضيها معى تتراوح بين شهرين ونصف وثلاثة شهور، بواقع جلسة أسبوعياً، عدا الجلستين القادمتين سيكون الفاصل بينهما يوم واحد خلال هذا الأسبوع (أو الأسبوع المقبل إذا كانت أول جلسة آخر الأسبوع)، ونظام الجلسات، من حيث الوقت يتراوح بين ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة على الأكثر، وفى هذه الجلسات الأولى لا بد من عمل عدة أشياء: فأولاً نحدد سوياً مشكلتك الأساسية ومشاكلك التابعة لها أو المصاحبة لها، ونحدد أولوياتك فى التعامل مع هده المشكلات. وثانياً: لابد من عمل تقييم للأعراض المرضية لديك وتحديد شكواك بشكل علمى: عن طريق إجابتك على عدد من المقاييس النفسيه والتى تمثل للمعالج النفسي، الأدوات بالنسبة للطبيب (سماعته. وميزان حرارة، ومقياس الضغط.. الخ): فعن طريقها يمكننا تحديد مواطن المشكلات لديك، وأيضاً نستطيع بعد المرور بالخبرة العلاجية كلها معرفة مدى

التحسن لديك، أى أننا سوف نطبقها ونجيب عنها مرة أخرى بعد انتهاء فترة العلاج. وأيضاً يجب أن يكون لدى قدر من المعلومات الشخصية عنك فى استمارة سوف تراها. وخلال هذه الجلسات الثلاثة سوف نجيب عن كل الاختبارات أو المقاييس التى نحتاجها، وقد اخترنا أن تطبق على ثلاث مرات لكى لا تمل منها وأيضاً ليكون أمامنا فرصة للحديث عن مشكلتك بشكل مباشر.

ونقطة أخرى يجب توضيحها لك، وهى أن كل ما يقال داخل الجلسة هو سر خاص بيننا نحن الاثنين، وهذا ما يجب أن تثق به، كما أننى سأثق بأنك سوف تكون صادقاً فى كل ما تقول، وثق أيضاً فى قدراتك على تخطى أزماتك، وثق فى مقدرتى على مساعدتك على التحسن، فهذه الثقة المتبادلة تساعد كلا منا على المضى قدما فى العلاج وسرعة التحسن. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يجب الالتزام بمواعيد الجلسات وبما يوكل إليك من مهام لتنفيذها والتى سوف نتحدث عنها لاحقاً. تمام. وقد نمر ببعض الظروف القهرية، أنت وأنا بطبيعة الحال، والتى قد تؤثر على بعض المواعيد؛ من قبيل المرض، أو حادث، أو تعطل المرور وما إلى ذلك من الظروف الاضطرارية غير المحسوبة، ولكن قدر الإمكان نحاول أن يكون هناك التزام منك ومنى أيضاً بمواعيد جلسات العلاج اتفقنا.

٤- يجيب المريض على استمارة تاريخ الحالة ومقياس بيك لشدة الاكتئاب. وقائمة هاميلتون للأعراض الاكتئابية.

ويمثل ذلك التطبيق الأولى خط الأساس لشدة الاكتئاب والأعراض.

٥- يتم تحديد موعد ثابت أسبوعياً للجلسات القادمة، ووقت الجلسة أيضاً.

الجلسة الثانية:.

أ) الأهداف:.

أ- استكمال معرفة مشكلة (مشكلات) المريض.

ب- الصياغة المبدئية للمشكلة وحدة الأعراض.

ج- إجابة المريض على مقاييس تأكيد الذات وحل المشكلات.

د- الإشارة إلى الواجبات (المهام) المنزلية.

ب) الإجراءات:.

١- استكمال تداعيات المريض حول المشكلة وأعراضه، والجوانب المختلفة من شخصيته وجوانب حياته التى تأثرت بمشكلته الراهنة، وهنا يتم إلقاء بعض الأسئلة الاستفسارية عن بعض النقاط التى يقولها المريض لتوضيحها، وأيضاً إيضاح بعض النقاط والجمل وإعادة صياغتها لتأكيدها وأخذ موافقة أو رفض المريض عليها، وبلورة كل الأفكار التى يوردها وصياغتها صياغة دقيقة.

٢- تحليل المشكلة بأبعادها المختلفة، وتحديد أولويات التعامل مع المشكلات التى سردها المريض، ويتم تحديد مشكلة أساسية بجوانبها المختلفة، وأيضاً توضيح بعض المشكلات الفرعية، ومحاولة ترتيبها من حيث الأهمية بالنسبة للمريض، وأخذ موافقة المريض على هذا الترتيب. ولا يتم أخذ القرار النهائى فى هذا الشأن فى هذه الجلسة ولكن يترك المريض حتى بداية الجلسة التالية حتى يستقر على قراره بالنسبة لأولوياته، مما يحمله قدراً من المسئولية، ويشعره بقدرته على تحديد مشكلته، وأن القرار له فيما يتعلق بهذا الشأن.

٣- إجابة المريض على مقياس تأكيد الذات، ومقياس حل المشكلات.

"أما بالنسبة للجزء الخاص بالتقييم فى هذه الجلسة، فلدينا مقياسان، أحدهما يقيس بعض جوانب الشخصية لديك، والآخر لنرى مدى قدرتك على حل مشكلاتك بشكل جيد، وطريقة حلك لهذه المشكلات، والتى تواجهك تقريباً يومياً".

٤- "الجزء الأخير من هذه الجلسة هو جزء مهم، وحان وقته الآن، ما أريد أن أحدثك عنه هو أننا من خلال الجلسات العلاجية، سوف تُعطَى عدداً من المهام أو الواجبات المنزلية التى سوف تقوم بأدائها منفرداً بالمنزل بناءً على ما سوف نتعلمه خلال جلسات العلاج، فإنك لن تقوم بعمل شيء لن تتدرب عليه هنا، وتعرف تماماً كيفية أدائه، ونتفق على نظام لأداء هذه المهام آخذين فى الاعتبار، أوقاتك ومواعيدك وقدراتك ومهامك الاجتماعية والأسرية والمهنية الأخرى، وذلك لن يتعارض مع أى من هذه الجوانب. فكما تحافظ على مواعيد تنظيف أسنانك ومواعيد استحمامك أو غسيل الشعر وتهذيبه، فلا بد لنا أيضاً من تخصيص وقت خلال اليوم لصحتنا العقلية والنفسية، والواجبات المنزلية هى مهام تقوم بأدائها طوعاً خلال الأسبوع بين الجلستين وهى من الأهمية بحيث لا يمكن الاستغناء عنها، فهى تساعدك على سرعة التحسن والشفاء، فالتراكم هو الذى يؤدى إلى التحسن فى النهاية، والواجبات المنزلية هى التى تؤدى إلى هذا التراكم. ولابد وأن أؤكد لك أن علاقتنا هى علاقة تعاونية، أى أننى لن أقوم بعلاجك وحدى بل إن عليك جزءاً مهماً فى علاج نفسك، لأن وقت الجلسة مهما يكن طويلاً فلن يسمح بحدوث هذا التراكم، وأيضاً أنت لن تبقى معى لسنوات، ولن أقابلك يومياً، فنحن سوياً نتعاون فى علاقة محددة ولنا هدف مشترك هو شفاءك من ما تشكو منه، وحل مشكلاتك، وأؤكد مرة أخرى أنى سوف أساعدك فى الشفاء والتحسن، ولكن عليك الجانب الأهم فى سرعة هذا التحسن بالتزامك بواجباتك ومهامك وإنجاز المطلوب منك. وهى مهام بسيطة وسهلة وشيقة أيضاً وسوف تلمس ذلك.

الجلسة الثالثة:.

أ) الأهداف:.

١- التحديد النهائى للمشكلة وصياغتها صياغة دقيقة.

٢- تحديد النشاطات السارة للمريض.

٣- تحديد الأفكار الآلية السلبية.

٤- معرفة التشويه المعرفى الحادث فى الاتجاهات نحو ذاته ونحو الآخرين ونحو المستقبل.

١- صياغة المشكلة: من خلال مراجعة كل عناصر المشكلة، وبناءً على المعلومات التى تم جمعها خلال الجلسات السابقة، والملاحظات الإكلينيكية، والتحديد المبدئى لمشكلة المريض يشترك المعالج والمريض فى وضع وصياغة المشكلة صياغة مفهومية، معرفية واضحة محددة المعالم. ويتم فى هذا السياق تحديد العوامل المفجرة والمهيئة لظهورها، والانفعالات المصاحبة وجميع العناصر التى تؤدى إلى السلوك غير المساعد والأعراض الإكتئابية.

٢- تحديد النشاطات السارة: تقدم للمريض مقدمة بسيطة عن النشاطات السارة وكيفية تأثيرها فى المزاج فيتم قراءة النص التالي:.

"من المعروف أن لكل فرد منا مجموعة من النشاطات، يرى أن ممارستها تكون مصدراً لبهجته، ورضاه، وسروره، لذلك فمن الأفضل أن يكتشف كل فرد بنفسه قائمته الخاصة من الأحداث السارة. وكلما تنوعت مصادر السرور كان ذلك أفضل، ولذلك فعلى الشخص أن ينمى عدداً من النشاطات الإيجابية فى مجالات متعددة وتعد نشاطات تبعث على البهجة بالنسبة له، وليس من الضرورى أن تكون هذه الأحداث أو النشاطات ضخمة، أو تستغرق وقتاً طويلاً، فمن الممكن أن تستغرق فقط بضع دقائق يومياً. وهناك بعض أخطاء التفكير وبعض التصورات غير الصحيحة، من شأنها أن تعوق الفرد عن اكتشاف مصادر السرور

والسعادة فى حياته، فقد يتصور الفرد أنه عندما يبحث عن مصادر بهجته ويمارس بعض هذه النشاطات أنه قد يكون أنانياً، أو باحثاً عن اللذة فقط، لكن طالما أن هذه النشاطات مشروعة وغير ضارة للغير، ومقبولة فلا بأس من ممارستها ما دامت تبعث على السعادة وتعديل المزاج. وهناك مؤشرات كثيرة على أن الأفراد الذين يمارسون نشاطات سارة بشكل يومى هم أكثر سعادة وإحساساً بالرضى من هؤلاء الذين لا يمارسونهاوكلما مارس الفرد هذه النشاطات برغبته ودون ضغط أو إجبار، زادت أثارها فى تخفيف آثار الإكتئاب، وإزالة الشعور بالإكتئاب. وهذا ما سوف نقوم بعمله فى الوقت الحالى، فلدينا هنا قائمة طويلة من النشاطات السارة سوف تساعدك فى اختيار بعض النشاطات السارة التى تفضلها سواء الموجودة لديك بالفعل أو التى تحب أن تمارسها من ضمن هذه القائمة. اقرأ القائمة (أو سوف أقرأ عليك القائمة) وعليك أن تختار ما يناسبك منها.لأننا سوف نستخدم هذه النشاطات المختارة فى فترة لاحقة من العلاج.

٣- تحديد الأفكار الآلية: الجزء الأخير فى هذه الجلسة هو الجزء الخاص بالتقييم، وهو آخر جزء فى التقييمات الأولية ولدينا هنا هذا الاختبار الذى يتناول عدداً من الأفكار التى تطرأ على ذهنك وتلح عليك من آن لآخر وعليك أن تختار منها ما ينطبق عليك وبأى درجة من الشدة، أى الإلحاح وسوف نتحدث عن هذه الأفكار الآلية فى حينها لحقاً.

ويجبب المريض على استخبار الأفكار الآلية المعطى له.

٤- التعرف على التشويه المعرفى فى الاتجاه: "الجزء الأخير من التقييم هو الاستخبار التالى: وهو عبارة عن عدد من العبارات التى تشير إلى آرائك واعتقاداتك فى بعض القضايا الخاصة بك شخصياً، أو بالآخرين أو اتجاهاتك نحو نفسك والآخرين وأيضاً بعض القضايا العامة، وما عليك إلا أن تتبع التعليمات المعطاة لك فى بداية المقياس وتجيب عن تلك العبارات".

ويجيب المريض على استخبار اختلال الاتجاهات بصورتيه أ، ب.

إنهاء المرحلة الأولى:.

بهذه الجلسة نكون قد وصلنا إلى نهاية المرحلة الأولى من البرنامج العلاجى وهى مرحلة التقييم لكل أعراضك، وأفكارك، وبعض النواحى المهمة فى شخصيتك، وأيضاً تحديد مشكلاتك وترتيب أولوياتك وتحديد طريقة التعامل فيما بيننا؛ وفى الجلسة القادمة سوف نبدأ مرحلة جديدة، شيقة وممتعة بالنسبة لك وسوف نلاحظ ذلك بداية من الجلسة القادمة. لأننا سوف نتعامل مع مشكلاتك وأفكارك بشكل مباشر، وأؤكد أيضاً ضرورة الالتزام، والتعاون لسرعة التحسن وكفاءته.

إن كان لديك أى تعليق أو استفسار لا تتردد فى طرحة سواء فيما يتعلق بالثلاث جلسات السابقة أو الجلسات القادمة.

المرحلة الثانية: التدخلات العلاجية: (عشر جلسات).

الجلسة الرابعة:.

١- مراجعة سريعة لما تم فى الجلسات الثلاثة الماضية وتلقى عائد بشكل عام عنها.

٢- وضع الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- زيادة وعى المريض واستبصاره، بطبيعة مرضه، وعلاقته بما يعانيه من أعراض معرفية ومزاجية وسلوكية.

٢- ما العلاج المعرفى السلوكي، وما إجراءاته ووسائله، وكيف يعمل على تحسن أعراض الاكتئاب؟

٣- تدريب المريض على ملء جداول المراقبة الذاتية والأفكار الآلية والمشاعر السلبية وبدء الواجب المنزلي.

ب) الإجــراءات:.

١- قراءة بعض النصوص المختارة، والمعدة سابقاً والمختصرة (أو الاستماع إلى شريط تسجيل صوتي) مصحوبة بشرح من قبل المعالج إذا لزم الأمر وتتناول النقاط التالية عن الاكتئاب:.
   - ما الاكتئاب وما أعراضه؟.
   - كيف يؤثر الاكتئاب على سلوك الشخص وجوانب حياته المختلفة؟.
   - كيف يحدث التأثير المتبادل بين كلٍ من الأفكار والمزاج والجوانب الفسيولوجية لدى مرضى الاكتئاب؟.

٢- قراءة بعض النصوص المختارة والمختصرة (أو الاستماع لشريط تسجيل صوتي) عن العلاج المعرفى السلوكي. وأساليبه وإجراءاته، وكيف يعمل على شفاء وتحسن أعراض الإكتئاب؟.

٣- تدريب المريض على ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية. وذلك بأن يقوم المعالج بالاشتراك مع المريض بملء أحد الجداول اليومية والأسبوعية بشكل افتراضى لأحد الأفكار، أو لعدد من الأفكار الآلية سواء الخاصة بالمريض أو الافتراضية، وكذلك بعض المشاعر السلبية نحو الذات أو العالم أو المستقبل أو أياً كان، على أن يقوم المريض بعد ذلك بملء أحد الجداول بشكل منفصل لإحدى هذه الأفكار أو المشاعر السلبية حتى يتمكن من إتقان ما سوف يقوم به كواجب منزلي.

الواجب المنزلى:.

١- قراءة بعض النصوص التكميلية عن الموضوعات التى تم مناقشتها وعرضها أثناء الجلسة.أو الاستماع لشريط تسجيل صوتى يتناول هذه الموضوعات إذا تعذرت القراءة لأى سبب من الأسباب.

٢- ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية خلال الأسبوع.

النصوص التى سوف يتم قراءتها داخل الجلسة:.

لدينا نوعان من النصوص المقروءة أو المسموعة وهما:.

١- نصوص مختصرة يتم قراءتها داخل الجلسة وهى تفى بالغرض المنوط بها داخل الجلسة، وهى ما سوف يتم عرضه فى هذا السياق.

٢- نصوص مطولة ومفصلة، وتعطى للمريض ليقوم بقراءتها أو الاستماع لها خلال المدة الزمنية المنقضية بين الجلستين. وهذه النصوص مقدمة فى الملحق الخاص بالبرنامج وسوف تقدم إما فى صورة كتيبات صغيرة أو فى صورة شرائط تسجيل صوتي.

أولاً: النصوص الخاصة بالاكتئاب:.

"ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز، أو هذا المزاج السيئ الذى نمر به من وقت لآخر، أو هو مجرد الإحساس بالوحدة، والذى يزول بمجرد زيارة صديق أو الحديث مع شخص عزيز عبر الهاتف، إنما هو أعمق من ذلك؛ فهو يتضمن المزاج المتعكر، والتشاؤم والشعور بفتور الهمة، والعجز، وبطء التفكير، وبطء التذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، وفقدان القدرة على الاستمتاع بالأشياء التى كانت تمتعنا سابقاً. وهذه الأعراض النفسية، ومنغصات الحياة تستمر لمدة أيام طويلة وشهور، ذلك إلى جانب أن هناك عدداً من الأعراض الجسمية التى تعد كلها علامات على الاكتئاب ولا يكون لها سبب عضوى واضح مثل الخمول والكسل والعجز عن النوم (أو إفراط فى النوم) ونقص الوزن (أو زيادته) والصداع، وفقدان الشهية (أو زيادتها بشكل غير طبيعي)، واضطرابات المعدة، وبعض الآلام المتفرقة، ويصاحب هذا أيضاً، تغيرات كيميائية حيوية (أى فى بعض المواد الكيميائية الموجودة فى الجسم) والتى يكون لها تأثير على الحالة المزاجية للشخص، والعلاقة بين هذه التغيرات الكيميائية والأعراض الاكتئابية المزاجية هى علاقة متبادلة دائرية، بمعنى أنه إذا حدثت هذه التغيرات الكيميائية فإنها

تؤدى إلى تغير المزاج إلى المزاج الاكتئابى، وبالعكس فالضغوط التى يمر بها الشخص وتؤدى إلى تغيير مزاجه، تؤدى لتغير فى هذه المواد الكيميائية. وهناك أيضاً علاقة بين الطريقة التى يفكر بها الفرد، واتجاهاته، وأفكاره عن نفسه، وعن العالم، واتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين، ونحو المستقبل وبين الاضطرابات النفسية التى يمر بها، فالاضطراب الانفعالى عموماً (والذى يتضمن أيضاً الاكتئاب) هو عبارة عن جوانب متكاملة، ومتفاعلة من النشاط السلوكى الداخلى (الأفكار) والخارجى (الجوانب الحركية). لذلك يمكن القول أن التفكير الانفعالى، والسلوك جميعها تمثل أشكالاً متداخلة تعبر عن الاكتئاب، والتغير فى إحداها يؤدى للتغير فى العناصر الأخرى. (محمد نجيب الصبوة ١٩٩٩؛ عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٥).

ولتلخيص ما سبق يمكن إجمال الأعراض الاكتئابية جميعها فى الشكل التالى:

- نظرة سلبية عن الذات.
- نظرة سلبية عن العالم.
- نظرة سلبية على المستقبل

الحزن، والقلق، والاستثارة، وفقدان الثقة بالنفس، اضطرابات الطعام (فقدان الشهية أو زيادتها) وفقدان الدافعية، وقلة النشاط، وفقدان القدرة على الحسم واتخاذ القرار، والأفكار الانتحارية. وفقدان الطاقة الجنسية (عدم الرغبة)، واضطراب النوم (قلة النوم، أو زيادته).

هذه المعلومات المختصرة، التى توضح بشكل سريع ومباشر الاكتئاب وأعراضه، هى ليست كل ما يمكن قوله فى هذا الموضوع، وإن كان لديك أى أسئلة يمكنك تأجيلها لأنك سوف تأخذ معك فى نهاية الجلسة كتيب صغير (أو شريط تسجيل) فيه تفصيل أكثر، قد يجيب عن كل أسئلتك بعد أن تقرأه (أو تسمعه)".

ثانياً: النص الخاص بالعلاج المعرفى السلوكي:.

"العلاج المعرفى السلوكى هو أحد أشكال العلاج النفسى التى صممت لتخفيف الأعراض المرضية، ومساعدة المرضى على تعلم أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع الصعوبات التى تتعلق بشكواهم. وهو علاج موجه مباشرة نحو مشكلة المريض النفسية والمشكلات الموقفية التى تسبب معاناة المرضى. وتعنى كلمة معرفى أن هذا النوع من العلاج يتعامل مع معارف الفرد أى أفكاره، واتجاهاته، وطريقته فى حل مشكلاته، والطريقة التى يدرك بها العالم، ويدرك بها نفسه، وكيف يفسر هذا العالم من حوله، وكيف يفسر سلوكه هو نفسه وسلوك الآخرين تجاهه. وتعنى كلمة سلوكي، أنه يتعامل أيضاً مع السلوك الصادر عن الفرد، ومحاولة تغيير وتعديل هذا السلوك، فمثلاً: استجابات الفرد وطريقة تصرفه فى المواقف المختلفة، وإرجاعه تجاه تصرفات الآخرين، وحركاته، وكلامه، وحتى أفكاره كلها يمكن تعديلها. لذلك سمى بالعلاج المعرفى السلوكي.

والعلاج المعرفى السلوكى له عديد من الأساليب التى يستخدمها المعالجون عبر عدد من الإجراءات مع مرضاهم لتحسين أعراضهم، وسوف نتعرف على بعض هذه الأساليب، ونمارسها لاحقاً فى جلسات أخرى.

وهذا النوع من العلاجات عبارة عن عدد من الجلسات المصممة بناءً على أهداف محددة كلها تتعلق بمشكلة المريض بجوانبها المختلفة (كما فعلنا فى الجلسات السابقة وأيضاً كما نفعل الآن)، ولبلوغ هذه الأهداف وتحقيقها والتى هى فى النهاية الشفاء والتحسن بالنسبة للمريض، يقوم المعالجون بإتباع عدد من الإجراءات العلمية أثناء الجلسات كما سنرى فيما بعد.

والمعالج المعرفى السلوكى لا يقوم بالعلاج وحده، بل إن المريض يقع عليه الجزء الأكبر من مسئولية نجاح العلاج أو عدمه، فالمعالج يقوم بتعليم المريض وتبصيره بمشكلته، ويرشده إلى طرق التغلب على هذه المشكلة، وعلى المريض أن يقوم بعمل تنمية ذاتية لقدرته وممارسة وتطبيق ما تعلمه داخل الجلسة والاستمرار عليه (أى أن يكون معالجاً لنفسه) والمعالج والمريض

يدخلان فى علاقة تعاونية، بمعنى أنهما يشتركان فى إنجاز أعمال ومهام محددة فى سبيل التخلص من الأعراض المرضية والشفاء أو التحسن. وفيما يتعلق بالاكتئاب فالمريض يتعلم كيف يتغلب على الأفكار والمشاعر السلبية، وأيضاً كيف يقوم بتعديل أسلوب حياته، ويتعلم طرق جديدة للتعايش مع الضغوط ومواجهتها والتخلص من أخطاء تفكيره، ويتعلم كيف يحل مشكلاته إلى آخره من المشكلات التى قد تسبب أو تتعلق بالاكتئاب كما سنرى فيما بعد والهدف من تعليم المريض هذه الطرق ليس فقط أن يستمر هذا التحسن أثناء فترة العلاج بل لكى يكون لدى المريض ذخيرة كبيرة من الخبرات التى تساعده على مواجهة الحياة بشكل أكثر كفاءة حتى بعد انتهاء فترة العلاج، وتكون له القدرة على تجنب أو مواجهة المواقف التى تؤدى إلى الشعور بالاكتئاب وتمنع عودة أعراضه مرة أخرى.

هذه معلومات بسيطة عن هذا الأسلوب العلاجى الذى سوف نتبعه فى العلاج وسوف نجد كثيراً من المعلومات الإضافية والتوضيحية فى الكتيب الذى سوف تأخذه فى نهاية الجلسة (أو شريط التسجيل الصوتي).

الجلسة الخامسة:.

- مناقشة الواجب المنزلى ومراجعة سريعة لما سبق.
- العائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- مدى فعالية الأساليب السلوكية فى إزالة أو تخفيف أعراض الاكتئاب.

٢- التعرف والتدريب على الاسترخاء العضلى العميق لبعض المجموعات العضلية الستة عشر.

٣- ممارسة بعض النشاطات السارة (عرض نماذج منها).

ب) الإجراءات:.

١- قراءة بعض النصوص المختارة عن الاسترخاء العضلى العميق، وكذلك الاستماع لشريط تسجيل صوتى عن الاسترخاء، ومشاهدة لشريط تسجيل فيديو عن إجراءات الاسترخاء العضلى وكيفية ممارسته.

٢- التدريب العملى على الاسترخاء.

٣- عرض شريط فيديو يتضمن بعض المناظر الطبيعية التى تعتبر من النشاطات السارة العامة مثل: منظر الشاطئ، والمساحات الخضراء الهادئة، والجداول المائية، وذلك لعرضها كنماذج للنشاطات السارة، وإن كانت ليست بالضرورة أن تكون ضمن النشاطات السارة الخاصة بالمريض.

الواجب المنزلى:.

١- ممارسة وإتقان الاسترخاء العضلى باستخدام شريط التسجيل.

٢- ممارسة بعض النشاطات السارة (يختارها المريض).

٣- الاستمرار فى ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية.

النصوص.

النص الخاص بالاسترخاء العضلى العميق:.

"يؤكد المعالجون النفسيون فائدة الاسترخاء العضلى العميق فى تخفيض القلق والاكتئاب، والاسترخاء العضلى يمكن أن يستخدم مستقلاً وحده، أو يستخدم مع أساليب وطرق علاجية أخرى. فالناس جميعهم تقريباً يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة فى النشاط العضلى سواء بالنسبة للعضلات الخارجية مثل الذراعين والكتفين والركبتين وعضلات الوجه، أو بالنسبة للعضلات الداخلية مثل المعدة والأمعاء والحجاب الحاجز والقفص الصدري، ويمكن أن تلاحظ ذلك على بعض الأفراد أو حتى على نفسك فى

مواقف الشدة والانفعال والعصبية أو النرفزة الزائدة، وأيضاً عندما تواجه مواقف تمثل لك ضغطاً وتوتراً، ومن المعروف أن الشخص عندما يمر بمواقف انفعالية شديدة، فإن ذلك يؤدى إلى زيادة التوتر العضلى لديه. وهذا التوتر قد يعوق قدرته على التكيف والتوافق مع الموقف، لذلك يمكن تعريف الاسترخاء بأنه "تقليل وتوقف كل الانقباضات والتقلصات (الشد) العضلية والتى تكون غالباً مصاحبه لحالة التوتر".

وفى حالات الاكتئاب، فرغم أن المرضى قد لا يلاحظ عليهم التوتر والشد فإنهم يعانون بالفعل من قدراً من التوتر أكبر من الأشخاص العاديين؛ فالتوتر هو عرض ملازم للاكتئاب، لذلك فإن الاسترخاء يؤدى إلى انخفاض واضح وملموس فى أعراض كل من القلق والاكتئاب.

وبما أن الاسترخاء يمكن أن يستخدم مستقلاً أو مصاحباً لأساليب علاجية أخرى، فنحن فى إطار العلاج الحالى سوف نستخدم الاسترخاء لتخفيف القلق والتوتر العام لديك، وأيضاً عند استخدام أساليب علاجية أخرى مثل التخلص من الأفكار السلبية، ومواجهة بعض المواقف التى تسبب لك الانزعاج والضيق. وهذا ما سوف تراه على مدى الجلسات التالية. وسوف تعطى فى نهاية الجلسة نصاً (شريطاً) عن الاسترخاء العضلى العميق به معلومات إضافية وحقائق علمية أكثر تفصيلاً. وأيضاً سوف تعطى شريط تسجيل يحتوى على تمارين الاسترخاء وسوف نسمعه سوياً الآن".

الجلسة السادسة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- العائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة .

أ) الأهداف:.

١- زيادة كفاءة وإتقان الاسترخاء العضلى العميق.

٢- تعليم المريض كيف يكون مساعداً لذاته ومعالجاً لنفسه.

٣- كيفية التغلب على الأفكار الآلية.

ب) الإجراءات:.

١- التدريب باستخدام شريط التسجيل الصوتى على الاسترخاء العضلى العميق لبعض المجموعات العضلية الجديدة.

٢- قراءة بعض النصوص، والمعلومات عن كيف يمكن للفرد أن يكون معالجاً لنفسه وكيف يكون مساعداً لنفسه، وأهمية المساعدة الذاتية فى العملية العلاجية.

٣- اختيار إحدى الأفكار الآلية الخاصة بالمريض ومناقشتها وتفنيدها معرفياً.

الواجب المنزلى:.

١- الاستمرار فى ممارسة الاسترخاء العضلى العميق للمجموعات القديمة والجديدة معاً. .

٢- ممارسة النشاطات السارة خلال الأسبوع وتدوين مدى نجاحها فى تخفيض المشاعر السلبية وتعديل الحالة المزاجية (درجة من ١٠).

٣- الاستمرار فى ملء جداول المراقبة الذاتية، وتحديد مدى التغيرات فى المزاج والشعور بالارتياح، وأوقات الضيق، ومدى ارتباطها بكل من الاسترخاء والنشاطات السارة.

النص الخاص بكيفية المساعدة الذاتية:.

"العلاقة بين المعالج والمريض فى إطار العلاج المعرفى السلوكى هى علاقة تعاونية، وهى علاقة مخطط لها جيداً ومفتوحة فى نفس الوقت، أى أن لها أهدافاً واضحة ومحددة وكذلك إجراءات محددة، إلا أنها تتسم بقدر عال من المرونة. ومعنى العلاقة التشاركية أو التعاونية بين المعالج والمريض هو أن لكل منهما عدداً من الالتزامات والواجبات والمهام. فمهام المعالج هى تبصير المريض بمشكلته، وتوضيح جوانبها المختلفة، وتعليم المريض طبيعة مرضه وعلاقة ذلك بالمشكلة، وأيضاً تعليم المريض وتدريبه على طرق مواجهة الضغوط، وكيف يحل مشكلاته، وتعليمه الوسائل التى يستطيع من خلالها أن يتغلب على مشاكله إلى غير ذلك من المهام التى يقوم بها المعالج خلال الجلسة العلاجية، أما مهام المريض فتتمثل فى كيف يحافظ على ما تعلمه، وكيف يستفيد منه، وكيف يوظف هذه المعلومات والمهارات التى تعلمها فى التغلب على مشكلته، وأيضاً كيف ينمى مهاراته تنمية ذاتية بناءً على ما حصل عليه من معلومات، واكتسبه من مهارات تجعله أكثر قدره على الاستبصار بمشكلته من جهة، ومن جهة أخرى زيادة كفاءته على انتقاء ما ينفعه، ولتحقيق هذه الأهداف لا بد من المشاركة الفعالة والنشطة للمريض خلال الجلسات العلاجية العقلية، وكذلك الالتزام بالواجبات والمهام المنزلية، ومثابرته فى أدائها ليس بهدف إرضاء المعالج، أو مجرد الانتهاء منها لكن بهدف الوصول إلى أفضل النتائج، وإتقانها جيداً، وأيضاً حرصه على تنمية ذاته وشحذ قدراته فى مواجهة الضغوط، وتعليم نفسه مهارات جديدة قد تكون ملائمة له، والحصول على معلومات إضافية عما تعلمه ولا بأس فى أن يستشير معالجه بخصوصها. ويضع نصب عينيه أن هذه المهارات والمهام

والواجبات عندما يتم إتقانها سوف تفيده فى ناحيتين، الأولى وهى سرعة وكفاءة العملية العلاجية وسرعة الشفاء، وثانيهما هى قدرته على مواجهة مشكلاته مستقبلاً بما يمنع أو يقلل من احتمالات انتكاسته وعودة الأعراض مرة أخرى".

الجلسة السابعة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- العائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- الانتهاء من التدريب على الاسترخاء العضلى العميق.

٢- استكمال مناقشة الأفكار الآلية للمريض.

٣- التعرف على أخطاء التفكير التى يقع فيها المريض وعلاقتها بالمشاعر السلبية.

ب) الإجراءات:.

١- التدريب على الاسترخاء لآخر مجموعة عضلية ومناقشة إن كانت هناك أى صعوبات أو معوقات تواجه المريض فيما سبق، والإشارة إلى أن هذه هى المرة الأخيرة التى سيتم فيها التدريب على الاسترخاء داخل الجلسة، وبعد ذلك سوف نستخدم الاسترخاء مباشرة كأسلوب مساعد مع بعض الأساليب الأخرى، وعلى المريض أن يتقن الاسترخاء بنفسه خلال الفترة القادمة ضمن واجباته المنزلية.

٢- اختيار عدد من الأفكار الآلية السلبية للمريض ومناقشتها وتفنيدها.

٣- قراءة نصوص مختارة عن بعض أخطاء التفكير الشائعة، وكيف يمكن وضع بدائل لهذه الأخطاء وغيرها بحيث تتحول إلى بدآئل إيجابية.

٤- التدريب على رصد الأفكار والمشاعر السلبية المصاحبة للمواقف الحياتية الحافزة للإكتئاب، وكذلك رصد أخطاء التفكير التى يقع فيها المريض فى المواقف الحياتية المختلفة.

الواجب المنزلى:.

١- الاستمرار فى ممارسة الاسترخاء العضلي:.

٢- الاستمرار فى ممارسة النشاطات السارة.

٣- ملء نماذج رصد المواقف الحياتية الحافزة للإكتئاب والمشاعر المصاحبة لها.

٤- رصد أخطاء التفكير التى يقع فيها المريض ومحاولة وضع بدائل إيجابية لها.

٥- قراءة بعض النصوص التكميلية عن أخطاء التفكير. (أو سماع شريط تسجيل صوتى).

النص الخاص بأخطاء التفكير:.

"عندما يواجه الفرد موقفاً أو حدثاً ما، فإنه ينظر إليه، ويتعامل معه تبعاً لما يعتقده، أو تبعاً لطريقته العامة فى الحياة فمن الممكن أن يشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالحب أو بالكراهية، بالسلام أو بالعداء، بالقلق أو بالهدوء، وذلك على حسب نظرته العامة، ووجهات .نظره، وما يتوقعه نحو الحياة والآخرين، ويحدث المرض النفسى عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التى تواجهه، ويعيد صياغتها تبعاً لمعتقداته هو، وأساليب تفكيره، وطريقة إدراكه للموقف أو الحدث الذى يواجهه، والاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفيه مبالغ فيها وتحدث كنتيجة لمجموع تصورات أو إدراكات الشخص السلبية والتى تكون متعلقة بالذات، أو بالمواقف الخارجية، أو بالمستقبل أو كل هذه الجوانب معاً.

فمن حيث الإدراك السلبى للذات، نجد أن الشخص المكتئب دائماً ما يرى نفسه ويصفها بالقصور، والنقص، والعجز، وينسب كل ما يمر به من مواقف أو أحداث غير سارة إلى عوامل النقص والقصور لديه سواء الجوانب الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية؛ فهو دائماً يرى نفسه فاشلاً، وتافهاً، وغير ذى أهمية، وعاجزاً عن تحقيق أى هدف. وهذه هى معتقداته حول ذاته وإدراكه لها.

أما الإدراك السلبى للمواقف الخارجية (البيئة)، فالشخص لا يرى فى العالم المحيط به، والحوادث التى يمر بها إلا أنها مليئة بالمعوقات، والصعوبات، والاحباطات التى تمنعه من تحقيق أهدافه. وكذلك رؤيته للمستقبل حيث ينظر إليه نظره تشاؤمية، فالمستقبل مظلم ولا أمل فيه، ولا أمل فى حل مشكلته أو مشاكله مستقبلاً. وأن المشكلة أو المشكلات سوف تزداد تعقيداً، وسوف يزداد فشله وعجزه فى المستقبل، وأن المستقبل ملىء بالكوارث والأزمات والاحباطات. وهكذا.

وهذه باختصار نظرة الشخص المكتئب لذاته وللعالم من حوله وللمستقبل. وكلها ناتجة عن أخطاء تفكيره، أو الطريقة التى يفكر بها ويفسر بها المواقف المختلفة، وهذه الأخطاء تكون شائعة بين الأفراد المكتئبين، وكمثال على هذه الأخطاء ما يسمى "بالتهويل والتهوين" أو "التعظيم والتحجيم" فالشخص المكتئب يميل إلى تهويل وتعظيم عيوبه، وسلبياته، ويهون من أو يحجم من مزاياه وإيجابياته ويحط من قدرها، فالخطأ البسيط يصبح كارثة، ومجرد النقد العابر يصبح "إهانة" وهكذا. .

وخطأ آخر وهو ما يسمى "الكل أو اللاشئ" وهو أن ينظر الشخص للأشياء على أنها إما سوداء أو بيضاء، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يتوقع أن شيء ما يمكن أن يشتمل على جوانب سيئة وأخرى حسنة، أو

جوانب سلبية وأخرى إيجابية، أو أن هذا الشيء السلبى قد يكون له نتائج إيجابية فى المستقبل.

هذان نوعان فقط من أخطاء التفكير سقناهما بشكل بسيط ومختصر، لكن هناك أنماط أخرى من أخطاء التفكير مثل: التعميم، والتفسير السلبى لما هو إيجابي، والقفز إلى النتائج، وقراءة المستقبل سلبياً وحتمياً، والتأويل الشخصى للأمور.

وسوف تعطى كتيباً شارحاً مبسطاً موضحاً لكل نوع من هذه الأخطاء، وشارحاً بالأمثلة بما فيها المثالين السابقين أيضاً.

الجلسة الثامنة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- العائد على الجلسة السابقة.
- الأجندة.

ا) الأهداف:.

١- علاج آخر مجموعة من الأفكار الآلية السلبية للمريض بأساليب الدحض والتفنيد.

٢- استكمال مناقشة أخطاء التفكير.

٣- تدريب المريض على وضع بدائل للمشكلات الحياتية، وعلاقة طرق حل المشكلات بالإكتئاب.

ب) الإجراءات:.

١- مناقشة الأفكار الآلية المتبقية لدى المريض، وتوضيح طرق التغلب على تلك الأفكار المشابهة لها فى المستقبل.

٢- التدريب على طرق حل المشكلات، وكيف يتم وضع بدائل إيجابية لها، وما علاقتها بالمشاعر السلبية مع قراءة نصوص مختارة عن حل المشكلات.

الواجب المنزلى:.

١- رصد أخطاء التفكير التى وقع فيها المريض، ورصد تصرفه حيالها، ومحاولته وضع بدائل أخرى لتعديل هذه الأخطاء، وأيضاً رصد المواقف التى ظهرت فيها هذه الأخطاء ورصد المشاعر المصاحبة لها، وهل تغيرت هذه المشاعر بعد اختيار البدائل؟.

٢- رصد بعض المشكلات الحياتية التى تعرض لها المريض فى الفترة ما بين الجلستين (أو خلال فترة العلاج أو قبله) وطرقه لحلها، وبدائل هذه الحلول.

النص الخاص بحل المشكلات:.

"القدرة على حل المشكلات هى إحدى المكونات الأساسية الحاسمة للصحة العقلية والنفسية. ويرتبط الاضطراب أو العجز فى القدرة على حل المشكلات بالفشل فى التوافق النفسي، وأيضاً ببعض الأمراض النفسية. ومن هنا كان تعلم طرق جديدة لحل المشكلات هو أحد طرق العلاج النفسى المعرفى للأمراض النفسية خاصة الاكتئاب، ويهدف هذا النوع من العلاجات إلى تعليم المرضى طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم السلوكية والعاطفية والاجتماعية، فالاضطراب النفسى يحدث عندما يفشل الفرد فى استغلال طاقاته وإمكاناته، ونقاط القوة لدية، ولتحقيق الصحة النفسية والعقلية للفرد، وأيضاً لتحقيق التوافق بين الفرد والبيئة.

ولابد من تعلم طرق جديدة وأكثر إيجابية لمواجهة هذه المشكلات، لذلك ينبغى أن تدرك عدداً من النقاط الأساسية هي:.

١- أن ننمى قدرتنا على حل المشكلات بدلاً من الهروب منها أو تأجيلها أو تجنب المواقف المرتبطة بها.

٢- أن نعرف أن هناك طرقاً بديلة للوصول إلى أهدافنا غير الطرق المرضية التى نعرفها.

٣- أن ننمى قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا فى علاقات اجتماعية.

٤- أن ندرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.

هذه نبذة بسيطة عن حل المشكلات وبعض المعانى المرتبطة بها، وسوف تجد فى الكتيب المعطى لك تفاصيلاً أكثر وتوضيحاً للطرق المستخدمة فى حل المشكلات التى تواجهك وسوف نتدرب سوياً على هذه الطرق فى جلسات قادمة بعد قراءتك ومعرفتك بها".

الجلسة التاسعة: (جلسة حرة).

- مناقشة الواجب المنزلي.
- العائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة (مفتوحة).

أ) الأهداف:.

١- شحذ دافعية المريض وإعادة حفز طاقته للاستمرار فى العلاج.

٢- التقويم التبادلى بين المعالج والمريض فيما يتعلق بالجلسات السابقة وطريقة العلاج ومؤشرات التحسن.

٣- إعادة بناء الثقة فى المعالج وطريقة العلاج، وفى قدرات المريض على الشفاء والتحسن وقدرته على التغير والنمو.

٤- مناقشة أى مشكلات أخرى خاصة بالمريض سواء أكانت مشكلات مؤجلة من جلسات سابقة أم مشكلات جديدة، أو حتى مشكلات ليست لها علاقة بالموضوع الأساسى الذى يتم وفقاً له العلاج.

٥- الاستفسار عن أى نقاط غامضة فى أسلوب العلاج أو إجراءاته المختلفة المستخدمة أو فى المعلومات المقدمة خلال الجلسات أو فى الواجب المنزلي.

٦- تهيئة المريض للمرحلة التالية للعلاج، وإنعاش معلوماته وتجديد طاقته للاستمرار.

٧- تجديد العلاقة التعاطفية، وتأكيد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج مع إظهار قدر من الألفة والتعاطف وتعميق العلاقة فى إطار العلاج.

ب) الإجراءات:.

١- عرض وتلخيص ومناقشة وتقييم ما تم تقديمه من معلومات وتدريبات وواجبات خلال الجلسات السابقة.

٢- تقييم النتائج الحالية ومدى استفادة المريض من الجلسات السابقة (تقرير ذاتي).

٣- التداعى والتطهير، بحيث تتاح الفرصة للمريض للتعبير بحرية عن كل ما يشعر به حيال العملية العلاجية نفسها، أو تجاه المعالج.

٤- عرض بعض الحالات العلاجية، والتعرف على النتائج التى وصلت إليها بعد العلاج (شرائط فيديو – وقراءات الحالات).

الواجب المنزلى:.

١- ممارسة الاسترخاء والنشاطات السارة.

٢- رصد أخطاء التفكير.

٣- تحديد المريض لأهدافه فى المرحلة التالية من العلاج.

٤- كتابة انطباعات المريض عن الجلسة، وإبداء رأيه بحرية فى محتوى الجلسة.

الجلسة العاشرة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- ما الحل الأمثل لكل مشكلة من المشكلات التى طرحها المريض.
٢- إتقان المريض لطرق حل المشكلات ووضع البدائل المناسبة.
٣- تعليم المريض كيف تكون الاتجاهات مشوهة معرفياً، وما علاقتها بالمشاعر السلبية.

ب) الإجراءات:.

١- اختيار بعض المشكلات الأساسية التى طرحها المريض والاشتراك فى وضع حلول مثلى لكل مشكلة منها.
٢- استمرار تدريب المريض على وضع بدائل جيدة للمشكلات واختيار حلول جديدة إيجابية لها.
٣- قراءة أحد النصوص عن التشويه المعرفى فى الاتجاهات وعلاقته بالمشاعر السلبية.

الواجب المنزلى:.

١- استمرار ممارسة الاسترخاء والنشاطات السارة.
٢- استمرار المريض فى رصد المشكلات ووضع الحلول المناسبة والبدائل.
٣- الاستمرار فى رصد أخطاء التفكير ورصد المواقف التى حدثت فيها والمشاعر المصاحبة لها. والمشاعر المصاحبة فى حالة وضع بدائل إيجابية لهذه الأخطاء.
٤- استكمال معلوماته عن حل المشكلات عن طريق قراءات أو شرائط تسجيل صوتى.

النص الخاص بالتشويه المعرفى فى الاتجاهات:.

هناك نوعان من الاعتقادات:.

١- اعتقادات منطقية ومتعقلة، وفى الغالب تصحبها حالات وجدانية ملائمة للمواقف وتنتهى بالإنسان إلى مزيد من النضج الانفعالى، والخبرة، والعمل البناء والنشاط الإيجابي.

٢- اعتقادات لا منطقية وغير عقلانية يصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية.

وهذه الاعتقادات والاتجاهات هى التى من خلالها نفسر المواقف التى نمر بها، إما تفسيرات إيجابية أو سلبية. وقد نفسر بها سلوكنا الشخصي، وسلوك الآخرين تجاهنا، وأيضاً المواقف التى نمر بها. والشعور بالاكتئاب أو الحزن المرضى إثر الفشل الشديد فى تحقيق هدف معين لم ينشأ إلا نتيجة عدد من التصورات السوداء حول هذا الفشل والتفسيرات الخاطئة للمواقف، وصورة الذات، والتوقعات السلبية نحو المستقبل "كما تعلمت ذلك سابقاً". وهناك عدد من السمات التى تجعل انتقاداتنا وأساليب تفكيرنا منطقية وعقلانية منها: انسجامها مع الواقع، وقدرتها على تحسين الصحة النفسية والجسمية، تحقق أهدافنا القريبة والبعيدة، لذا لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التى يفكر بها الشخص ويدرك بها الأمور وفقاً لما يحمله من اتجاهات ومعتقدات حول ذاته، وبيئته، ومستقبله فى المواقف التى يمر بها".

الجلسة الحادية عشر:.

- مناقشة الواجب المنزلى.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- تعديل الاتجاهات المشوهة للمريض وتدريبه على كيفية تغيير هذه الاتجاهات أو تعديلها من سلبية إلى إيجابية حيال المواقف والأشخاص والبيئة والذات.

٢- ما المقصود بتوكيد الذات؟.

ب) الإجراءات:.

١- مناقشة بعض الاتجاهات المشوهة لدى المريض، ووضع البدائل الإيجابية لها.

٢- عرض نماذج من الاتجاهات المشوهة وكيفية تصحيحها وتعديلها إيجابياً وذلك ضمن اتجاهات المريض نفسه.

٣- قراءة نص عن توكيد الذات.

الواجب المنزلى:.

١- رصد المريض لاتجاهاته المشوهة، ووضعه للبدائل الإيجابية لها بعد تقييمها.

٢- رصد المواقف التى يشعر فيها بأنه غير مؤكد لذاته.

النص الخاص بتوكيد الذات:.

"تأكيد الذات إحدى خصال الشخصية الإيجابية وهى سمة يتميز بها الأفراد الناجحون، وهى قدرة يمكن التدريب عليها وإتقانها وتنميتها لدى

الأفراد، وتتمثل فى التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية، لذلك فهدف العلاج هو تدريب المرضى على زيادة قدرتهم على التعبير بشكل توكيدى، وزيادة الثقة بالنفس فى المواقف التى يعجز فيها عن ذلك، ويمكن إجمال محاور السلوك التوكيدى فى النقاط التالية:

١- الدفاع عن الحقوق الشخصية والفردية المشروعة سواء فى العمل أو الأسرة، أو عند الاحتكاك بالآخرين من الأقرباء.

٢- التصرف بشكل يتلاءم مع الموقف بحيث يخرج الفرد ناجحاً منتصراً من الموقف دون الإخلال بحقوق الآخرين.

٣- التعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية.

٤- ألا يكون الفرد ضحية لأخطاء الآخرين، وأن يستغل نقاط القوة فى شخصيته.

٥- الشجاعة وعدم الخوف، وأن يستطيع الفرد أن يرفض الطلبات غير المعقولة أو الضارة بالسمعة أو الصحة.

٦- التحرر من مشاعر الذنب عند رفض موقف ما أو استنكار أو استهجان المواقف المهينة ونقدها.

٧- قدرة على اتخاذ القرارات المهمة بسرعة وحسم وبكفاءة عالية.

٨- القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية مثل (الحب، والود، والمدح، والإعجاب) والقدرة على تكوين علاقات دافئة مع الآخرين.

٩- القدرة على التعاون والمشاركة وتقديم العون.

١٠- القدرة على مواجهة الضغوط الاجتماعية عندما تفرض علينا متطلبات الحياة تصرفات غير ملائمة.

١١- المهارة فى معالجة الصراعات الاجتماعية مثل القدرة على التفاوض، والإقناع، وتقديم شكوى، وسماع شكوى.. الخ.

أما عن علاقة القدرة على توكيد الذات بالاكتئاب، فإنه من استعراضنا لما ذكر سابقاً عن القدرة على التعبير عن النفس وعن المشاعر للآخرين وأن ذلك يعنى عدم الخوف من أن يطلع الآخرون على مشاعرنا بدلاً من إخفائها بداخلنا، وذلك يخلق علاقة دافئة وتفاعلاً إيجابياً وطمأنينة متبادلة. وهذا النوع من العلاقات الإيجابية هو أحد الجوانب المهمة فى التغلب على الاكتئاب.

الجلسة الثانية عشر:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- استكمال وإنهاء المناقشة والتدريب فيما يتعلق بتعديل الاتجاهات السلبية نحو الذات والآخرين والمستقبل.

٢- التدريب على مهارات تأكيد الذات.

ب) الإجراءات:.

١- استعراض بعض الاتجاهات السلبية الخاصة بالمريض (نحو الذات، والآخرين، والمستقبل) ومناقشتها وتفنيدها وتعديلها.

٢- عرض بعض نماذج عن المهارات الاجتماعية التى تتضمن تأكيد الذات، والتدريب على أداء هذه المهارات من خلال أداء الأدوار بين المعالج والمريض وأيضاً مشاهدة شريط فيديو يعرض لبعض تلك المواقف.

الواجب المنزلى:.

١- رصد التغيرات السلوكية الناتجة عن استبصار المريض باتجاهاته السلبية، ومحاولته تعديلها، وأيضاً رصد التغيرات الحادثة فى المشاعر المصاحبة لهذه التغيرات السلوكية قبل وبعد تعديل الاتجاهات.

٢- ممارسة المريض لبعض المواقف التى تتضمن مهارات تأكيد الذات من خلال أداء الأدوار بين المريض وبعض الأصدقاء.

الجلسة الثالثة عشرة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- استكمال مواقف تأكيد الذات وأداء الأدوار.

٢- مراجعة ما تم التدريب عليه خلال الفترة السابقة.

٣- التمهيد لإنهاء العلاج.

٤- ما الضغوط النفسية وكيف يمكن مواجهتها والتعايش معها؟

ب) الإجراءات:.

١- الانتهاء من كل المواقف الخاصة بتأكيد الذات وأداء الأدوار.

٢- يطلب من المريض أن يقوم بعمل تلخيص لكل ما تم خلال الجلسات السابقة إما كتابة، أو استرسالاً (ويسجل على شريط تسجيل إذا كان مسترسلاً).

٣- قراءة نص عن الضغوط النفسية، وطرق مواجهتها.

الواجب المنزلى:.

١- الاستمرار فى أداء الأدوار فيما يتعلق بتدريبات تأكيد الذات مع رصد التغيرات المزاجية والسلوكية المصاحبة.

٢- رصد بعض المواقف التى تعتبر من مصادر الضغوط بالنسبة للمريض وكيف تصرف حيالها.

النص الخاص بالضغوط النفسية وطرق مواجهتها:.

"ترتبط الضغوط بأحداث الحياة اليومية، فكلنا بلا استثناء نتعرض يومياً لعدد من مصادر الضغوط المتنوعة مثل ضغوط العمل، والدراسة، والضغوط الأسرية، وضغوط تربية الأطفال، والمشكلات الصحية، والأمور المالية، وتعتبر هذه الضغوط ضغوطاً خارجية، ومن أمثلة الضغوط الداخلية، بعض أنواع الأدوية، والأطعمة والكميات المختلفة منها والآثار السلبية الناتجة عنها وعن التعرض للتلوث والتدخين، وتعاطى المخدرات، وشرب المسكرات، وممارسة كثير من العادات السيئة.

ومعالجة الضغوط لا يعنى التخلص منها أو تجنبها، وإنما يعنى التعايش معها ومواجهتها بطريقة إيجابية ومعالجة النتائج السيئة عنها، ولتحقيق هذا التعايش الإيجابى فإننا يجب أن نتعلم ونتقن بعض الطرق التى من شأنها أن تساعدنا على التفاعل والتعايش الإيجابى مع الضغوط التى نتعرض لها ومن ضمن هذه الطرق، تغيير البيئة المحيطة المشحونة بالتوتر والصراع لكن فى معظم الأحيان لا يمكن تغيير البيئة المحيطة لذلك يستلزم إتقان عدد من الأساليب العلاجية المستخدمة فى مواجهة الضغوط مثل الاسترخاء، وتعديل الحوارات الشخصية، وتفهم إمكاناتنا الانفعالية، والتدريب على المهارات الاجتماعية. ويُفضل معالجة الضغوط أولاً بأول حتى لا تتراكم ويصعب حلها حتى لو كانت بسيطة أو تافهة، وحتى لا نشعر بالإحباط فيجب أن تكون أهدافنا معقولة وواقعية، فليس من المنطقى أو المعقول أن يتخلص الشخص نهائياً من الضغوط الواقعة عليه. لذلك فيجب أن يكون هدفنا هو التقليل من حدة الضغوط أو تخفيفها. فالتخفف من الضغوط يؤدى إلى زيادة كبيرة فى قدرتنا على التوافق الجيد.

وقد قمنا من خلال الجلسات السابقة بالتدريب على بعض الأساليب المذكورة للتعايش مع الضغوط وتخفيفها ومواجهة المواقف الحافزة للاكتئاب، وعندما نقوم بممارسة هذه الأساليب سوف يساعدك ذلك على تخطى هذه المواقف ويقيك من الوقوع فى أعراض الاكتئاب مرة أخرى".

الجلسة الرابعة عشرة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- تدريب المريض على مواجهة الضغوط والتعايش معها.

٢- تقييم شدة الاكتئاب والأعراض المتبقية.

ب) الإجراءات:.

١- تعريف المريض بالطرق الفعالة فى مواجهة الضغوط أو المواقف الضاغطة (نفسية، اجتماعية، ضغوط العمل..) وتطبيق هذه الطرق على بعض المواقف التى حددها المريض، والتى يرى أنها تمثل له بعض هذه الضغوط النفسية والاجتماعية.

٢- إجابة المفحوص على قائمة بيك لشدة الاكتئاب وقائمة هاميلتون.

الواجب المنزلى:.

١- الإجابة عن بنود اختبار حل المشكلات وتأكيد الذات.

٢- كتابة تقرير ذاتى عن مدى التحسن بعد الجلسات السابقة.

إذا كان المريض لا يقرأ ولا يكتب فيمكن التنبيه عليه بأن يقوم فى خلال الأسبوع بمقارنة مشاعره السابقة والحالية ومدى التحسن الذى يشعر به، ويتم سؤاله عنه فى الجلسة القادمة، ويتم تطبيق الاستخبارات قراءة عليه أثناء الجلسة التالية.

الجلسة الخامسة عشرة:.

ا) الأهداف:

١- استكمال مناقشة المواقف الضاغطة الخاصة بالمريض.

٢- تأكيد أهمية ممارسة ما تم التدريب عليه أثناء فترة العلاج فيما بعد انتهاء الجلسات.

٣- تحديد أهداف المريض المستقبلية فيما يتعلق بمدى نجاحه فى العلاج.

ب) الإجراءات:

١- مناقشة بعض المواقف الخاصة بالمريض والتى تمثل ضغوطاً بالنسبة له وتوضيح كيفية مواجهتها والتعايش معها.

٢- بيان أهمية استمرار المريض فى التدريب على ما تعلمه بعد انتهاء جلسات العلاج.

الواجب المنزلي:

١- يطلب من المريض التالي:

"بقى لنا جلسة واحدة ختامية والمطلوب منك خلال اليومين التاليين حتى موعد الجلسة التالية أن تحدد التالى وترتبه فى ذهنك (أو تكتبه) لمناقشته المرة القادمة.

٢- ما هى خططك لمستقبلك فيما يتعلق بمشاكلك التى كنت تعانى منها إن واجهتك فيما بعد أو المشاكل الجديدة التى قد تواجهها.

٣- ما الصعوبات التى واجهتك خلال فترة العلاج أو فى أى مرحلة من المراحل أو أى إجراء من الإجراءات العلاجية.

٤- حدد المناطق أو الأساليب التى استفدت منها بدرجة كبيرة والتى لم تستفد منها إلا بدرجة قليلة والتى لم تستفد منها مطلقاً، وما الجوانب التى شعرت فيها بالتحسن أكثر فى شخصيتك.

٥- ما الطرق التى كانت أكثر ملاءمة لك من الأساليب والإجراءات العلاجية التى استخدمناها أثناء فترة العلاج.

الجلسة السادسة عشرة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

أ) الأهداف:.

١- التقييم الذاتى من المريض لمدى استفادته من العلاج وخططه المستقبلية.

٢- إنهاء العلاج.

٣- تحديد جلسات المتابعة.

الإجراءات:.

١- سيتم أخذ التقييم الذاتى من المريض بمناقشة واستعراض ما تم عمله فى الواجب المنزلى فى الجلسة السابقة، وما يراه المريض من إضافات يمكن أن تعن له لم يسأل عنها.

٢- يتم إنهاء العلاج وذلك باستعراض ما تم عمله وإنجازه خلال الجلسات السابقة كلها منذ بدايتها، وما تم التدريب عليه، وما تم تحقيقه من تحسن من خلال الاختبارات والمقاييس الموضوعية التى طبقت على المريض بعد انتهاء العلاج وأيضاً المشاهدات الإكلينيكية للمعالج، والتقرير الذاتى للمريض عن مدى تحسنه (من خلال ما تم استعراضه فى الإجراء الأول).

٣- تحديد جلستى المتابعة بحيث تكون الجلسة الأولى بعد ثلاثة شهور والأخيرة بعد ستة شهور، وتأكيد أهمية المتابعة لعدم حدوث أى انتكاسات ولاستمرار تأثير العلاج. ويمكن تحديد موعد شهرى

للمكالمة الهاتفية مع المعالج وذلك حتى لا يتم فقد الصلة نهائياً مع المريض، أو إتاحة الفرصة له للاتصال هاتفياً فى الحالات الطارئة فقط دون الحضور للمعالج.

جلسات المتابعة:.

سيتم فى جلستى المتابعة إعادة تقييم مستوى شدة الاكتئاب والأعراض وتأكيد الذات، وحل المشكلات بشكل موضوعي، وأيضاً تقرير ذاتى من المريض لمدى التحسن وثباته أو التذبذب الحادث له إن وجد، وطرق تغلبه على أى من المواقف التى يتعرض لها والتى كانت سابقاً من المواقف الحافزة للاكتئاب.



الجزء الثاني

الفصل الخامس

الدراسات السابقة: عرض نقدى

ينهض هذا الجزء من الكتاب بعرض للدراسة التى أجريت بهدف بيان كفاءة كل من العلاج المعرفى السلوكى، وكذلك البرنامج المقدم ضمن هذا الإطار العلاجى فى علاج الاكتئاب. ويقع هذا الجزء فى أربعة فصول وهى:.

- الدراسات السابقة.
- إجراءات البحث.
- عرض النتائج.
- مناقشة النتائج.

ورأينا ضرورة عرض هذه الدراسة تفصيلاً وذلك كى لا يخفى شئ على القارئ فيما يتصل سواء بإجراءات ومنهج الدراسة أو نتائجها ، وكذلك توضيح آليات وديناميات التفاعل بين مكونات العلاج المعرفى السلوكى، وتوضيح كيف يعمل العلاج منذ بدايته وحتى انتهاءه، وكيف يتم إجراء نتائج علاجية جيدة.

أجريت دراسات عديدة تناولت أثر الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الاكتئاب، سواء أكانت علاجات دوائية، أم نفسية، وتناولت أيضاً التصاحب بين مجموعة من العلاجات سواء الدوائية أو النفسية، أو كليهما، ويمكن تقسيم الدراسات التى تناولت العلاجات الخاصة بالاكتئاب إلى:.

١- دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية المنفردة والجديدة:.

وهى تختص بدراسة الأنواع المستحدثة من الطرائق العلاجية سواء الدوائية منها والنفسية، مثل ما تقوم به الشركات المنتجة للأدوية المختلفة لتحديد مدى كفاءة عقار جديد، وكذلك يتم هذا الإجراء من قبل المتخصصين فى المجال النفسى، وينطبق هذا على الأساليب العلاجية النفسية الجديدة أيضاً. وذلك للوقوف على الكفاءة العلاجية للأساليب الجديدة أو عند استخدامها على أمراض أخرى.

٢- دراسات المقارنة بين مختلف علاجات الاكتئاب:.

وهى تضطلع بدراسة تفوق أحد الأساليب العلاجية على آخر مثل المقارنة بين نوعين من الأدوية المتاحة لبيان أيهما أكثر كفاءة فى العلاج، أو المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من العلاجات النفسية، أو المقارنة بين العلاجات الدوائية، والنفسية لبيان مدى كفاءة كل منها، أو تفوق أحدها على الآخر فى علاج الاكتئاب.

٣- دراسات التصاحب العلاجى (الجمع بين أسلوبين علاجيين او اكثر):.

وهى تتصل بدراسة التصاحب العلاجى، ومدى كفاءته وتفوقه على الأنواع المنفردة من العلاجات ويحدث ذلك فى العلاجات الدوائية (مثل المقارنة بين نوع أو دواء واحد، وتصاحبه مع دواء آخر) وأيضاً فى العلاجات النفسية، أو التصاحب بين العلاج الدوائى وأحد العلاجات النفسية، وذلك بهدف الوقوف على مدى الكفاءة العلاجية التى يحققها التصاحب العلاجى بين الأنواع والأساليب العلاجية المختلفة من عدمه.

وبالنظر إلى التقسيم السابق، نجد أننا من الممكن عمل عدة تقسيمات أخرى، إنما كلها سوف تؤدى إلى المعانى السابقة نفسها إما تفصيلاً أو إجمالاً، وذلك لوجود تداخل بين الأهداف الخاصة بكل فئة من الدراسات. ونجد أنه يمكن النظر لجميع أنواع الدراسات فى المجال على أنها "دراسة الكفاءة العلاجية" سواء لدواء منفرد جديد أو قديم، أو مقارنة بين نوعين من العلاجات أو التصاحب بين مختلف الأساليب العلاجية، فكلها فى النهاية تهدف لدراسة الكفاءة العلاجية لكن مع اختلاف بعض أوجه التناول التجريبى لكل نوع منها.

وسوف نتناول فى سياق الفصل الراهن عدداً من الدراسات فى تاريخ الانتاج الفكري النفسى عن الكفاءة العلاجية للأساليب ومختلف الطرائق المستخدمة فى علاج الاكتئاب الأساسى.

أولاً: دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية المنفردة والجديدة:.

تم دراسة خطر القابلية للانتكاس على عينة من ٤٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسى الأحادى، الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، لمدة ١٦ أسبوعاً. وتم التقييم على أربع فترات متتالية أثناء وبعد العلاج فى الفترات: شهر، وثلاثة شهور، و٦ شهور، و١٢ شهراً. وتم تعريف الانتكاس على أنه: حالة من الاكتئاب الأساسى تستمر على الأقل لمدة أسبوعين (كما يحددها دليل التشخيص الإحصائى للأمراض العقلية فى طبعته الثالثة المعدلة) يمر بها المريض بعد التحسن، وأن يحصل المريض على ١٥ درجة فأكثر على قائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب. وأوضحت النتائج أن ١٦ من أفراد العينة تعرضوا لنوبة انتكاس خلال فترة المتابعة، وأن هناك عدة عوامل ارتبطت بالقابلية للانتكاس منها: عدم الزواج، وبطء الاستجابة للعلاج، والعجز الوظيفى الحاد فى الاتجاهات، والمرضى ذووا الاكتئاب الحاد. وأوضحت النتائج أيضاً أن المرضى الذين يشفون بشكل تام خلال فترة العلاج ويتميزون باستجابة علاجية سريعة أقل عرضة لخطر الانتكاس. وتدعم النتائج العلاقة بين الأعراض الاكتئابية المتبقية بعد انتهاء العلاج، والقابلية للانتكاس. (Thase, et al., 1992).

وفى دراسة عن كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل نمط النوم، تم فحص نمط النوم من خلال رسام الدماغ الكهربائي Electroencephalograph (EEG) على عينة من ٧٨ من المرضى المترددين الذين يعانون من الاكتئاب الأساسى الأحادى قبل وبعد تلقى العلاج المعرفى السلوكى، وتم مقارنة نتائج هذه المجموعة مع مجموعة ضابطة مكونة من ٤٤ من الأسوياء. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن جوهرى لدى المرضى فيما يتعلق بنمط النوم حيث قلت الاضطرابات والشذوذ فى رسام المخ الكهربائى لدى معظم المرضى. وبعد متابعة المرضى (١٥ مريضاً) لفترة زمنية تراوحت ما بين ١٢- ٢٤ شهراً، اتضح أن هناك تناقصاً فى كثافة خط النوم ذى حركات العين السريعة بعد فترة من المتابعة واستمراره بعد انتهاء العلاج.(Thase, et al., 1993 & Thase, et al., 1995).

وأجرى زاس وآخرون دراسة أخرى عن العلاج بين شذوذ نمط النوم وبين كفاءة الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى لدى ٩٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسى بمتوسط عمرى ٣٨,٤ سنة، وكان ٤٠ من هؤلاء المرضى يعانون شذوذاً فى نمط النوم، وتم اختيار ٢٥ كعينة ضابطة، وقد تم تقييم أفراد العينة بقائمة هاميلتون، وقائمة بيك للاكتئاب. وتلقى المرضى ٢٠ جلسة علاجية بأسلوب العلاج المعرفى السلوكى على مدى ١٦ أسبوعاً مع الاستمرار فى قياس وفحص نمط النوم ليلاً أثناء فترة العلاج. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين يعانون شذوذاً واضطراباً شديداً فى نمط النوم تكون استجابتهم للعلاج المعرفى السلوكى أقل من هؤلاء الذين لا يعانون من هذا الاضطراب. وأرجعت الدراسة ذلك إلى أن شذوذ نمط النوم يقلل من استجابة المرضى للعلاج النفسى عن طريق سلسلة من العمليات العصبية المتداخلة. (Thase, et al., 1996).

وأجرى نالينى وزملاؤه دراسة استهدفت تقييم كفاءة العلاج المعرفى السلوكى (منحى بيك) فى تحسين أعراض القلق، والأعراض الاكتئابية، والأفكار السلبية لدى ٢٥ مريضاً بالاكتئاب الأساسى، تم مقابلتهم على مدى

٢٥ جلسة علاجية. وأشارت النتائج إلى أن أداء المرضى بعد العلاج تحسن بشكل جوهرى، مما يثبت كفاءة العلاج المعرفى فى تحسين الأفكار السلبية وأعراض الاكتئاب. (Nalini, et al., 1997).

وأجرى سبينجلر وآخرون (1997) Spaingler, دراسة عن الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى وعلاقتها بالأحداث السلبية الضاغطة، ومستوى العجز المعرفى، وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ٥٣ مريضاً من المرضى المترددين. وبشكل عام لم تظهر فى ظل العلاج السريع، وعدم وجود مدة متابعة جيدة، أية علاقة بين مستوى العجز المعرفى، والأحداث السلبية الضاغطة قبل العلاج، وبين الاستجابة العلاجية الجيدة. (Spaingler, et al., 1997).

وأجريت دراسة عن مدى استمرارية وكفاءة العلاج بالقراءة فى علاج الاكتئاب الأساسى وتم اختيار عينة مكونة من ٧٢ من المرضى الذين تم شفاؤهم باستخدام العلاج المعرفى السلوكى متضمناً العلاج بالقراءة، وتم متابعتهم لمدة ثلاث سنوات وكان العدد النهائى للمشاركين فى الدراسة ٥٠ فرداً بمتوسط عمرى ٤١.٦ سنة، وتم استخدام كل من قائمة بيك، وقائمة هاميلتون للاكتئاب واستخبار إدراك المشاركين للبرنامج العلاجى لمتابعة استمرار التحسن والانتكاس خلال فترة المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن المكاسب العلاجية التى تم إحرازها خلال فترة العلاج واستمرت على مدى الثلاث سنوات الخاصة بالمتابعة، دعمت كفاءة العلاج بالقراءة كأسلوب مكمل ومصاحب للأساليب العلاجية الأخرى فى علاج الاكتئاب الأساسى لدى الراشدين. (Smith,et al., 1997).

وفى مراجعة استخدم فيها الباحثون أسلوب تحليل التحليل لبيانات ٤٠٥ مريضاً أصيبوا بنوبة اكتئاب أساسية (حصلوا على ٢٥ درجة فأكثر على قائمة هامليتون)، كان هناك نوعان من العقاقير تم استخدامها فى علاج الأعراض الاكتئابية هما الأميترنيلين والميرازريام، وأشارت النتائج إلى وجود تحسن فى أعراض الاكتئاب لكلا النوعين من الأدوية، كما أشارت النتائج إلى كفاءة مضادات الاكتئاب فى علاج الحالات الحادة. (Kasper, Zivkov Roes and Polls, 1997).

وعن كفاءة العلاج المعرفى السلوكى مع الحالات ذات التشخيص المزدوج، تم إجراء دراسة عن كفاءته فى علاج مجموعة من المدخنين الذين لهم تاريخ سابق من تعاطى الكحوليات. تكونت العينة من ٢٩ من متعاطى الكحوليات ذوى التاريخ السابق من الاكتئاب الأساسى. وتراوح عمر أفراد العينة بين ٢٦- ٦٤ عاماً، وكان معدل التوقف عن الكحوليات ٦,٨ سنة. وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين. تلقت المجموعة الأولى علاجاً نفسياً باستخدام الإرشاد السلوكى، وتعرضت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى وتم تحديد خط الأساس والتقييم بعد العلاج، وفترة متابعة على مدى شهر وثلاثة أشهر واثنى عشر شهراً لمعدلات التدخين. وأوضحت النتائج أن ٦٩,٢٪ من المدخنين توقفوا تماماً بعد العلاج المعرفى السلوكى، بنسبة أعلى ممن تلقوا الإرشاد السلوكى، حيث بلغت نسبتهم ٣١,٣٪. وخلال فترة المتابعة لم تتغير هذه النتائج حتى مرور ثلاثة أشهر. واتضح بعد مرور ١٢ شهراً أن نتائج العلاج المعرفى السلوكى كانت أكثر ثباتاً، حيث أقلع ٤٦,٢٪ من المدخنين عن التدخين فى مقابل ١٢,٢٪ لمجموعة الإرشاد السلوكى، وتدعم هذه النتائج الفرض الخاص بأن التدخلات المعرفية السلوكية التى تركز على تعديل المزاج السلبى، ذات فائدة للمدخنين فى مساعدتهم على الإقلاع عن التدخين المصاحب للحالة المزاجية. (Patten et al., 1998).

وعن كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الاكتئاب لدى المراهقين، قام بوكارو (١٩٩٨) بإجراء دراسة باستخدام منهج دراسة الحالة المرضية بالاكتئاب الأساسى تبلغ من العمر ١٣ سنة، تلقت على مدى عشر جلسات العلاج المعرفى السلوكى، وتم تقييمها قبل وبعد العلاج باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس اليأس، ومقياس الشخصية متعدد الأوجه، واختبار الرورشاخ لبقع الحبر. وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن جوهرى فى أعراض الاكتئاب التى يُعبر عنها مقاييس بيك، واليأس، والشخصية متعدد الأوجه، فى حين لم تتغير درجات اختبار الرورشاخ عدا زيادة عدد إجابات المريضة. (Bucaro, 1998).

وأجريت دراسة بهدف اختبار الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى الجمعى، فى مقابل العلاج الدوائى، وتم اختيار عينة من ٧١ مريضاً بالاكتئاب الأساسى، تلقى ٢٥ منهم علاجاً معرفياً سلوكياً مع العلاج الدوائى، وتلقى ٤٦ منهم العلاج المعرفى السلوكى الجمعى فقط، وذلك على مدى ١٢ جلسة خلال ثلاثة شهور. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالتحسن بشكل عام. وأشارت النتائج إلى أن إضافة العلاج الدوائى لم يزد من النتائج العلاجية أو يسرع بعملية التحسن (Oei & Yeoh, 1999).

وفى إطار العلاج المختصر باستخدام نموذج العلاج (٢+١) للجلسات العلاجية الموجهة، أجريت دراسة للمقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج بين الشخصى الدينامى على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ١١٦ مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت إحداهما العلاج المعرفى السلوكى، والأخرى العلاج بين الشخصى الدينامى، وذلك باستخدام تصميم علاجى مؤداه أن تتلقى كل مجموعة جلستين علاجيتين خلال أسبوع واحد ثم تتبعهما جلسة أخيرة إضافية بعد مرور ثلاثة شهور. وتم تقدير حدة الاكتئاب بناء على استخدام قائمة بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين أسلوبى العلاج المستخدمين على المدى القريب، إلا أن العلاج المعرفى السلوكى تفوق على العلاج بين الشخصى الدينامى، خلال وبعد فترة المتابعة بعد مرور سنة وذلك من حيث استمرار التحسن، أو نسب الانتكاس. (Barkham & Shapiro, et al., 1999).

وفى دراسة عن العلاقة بين قبول منطق العلاج، والالتزام والمداومة على أداء المهام المنزلية والتغير الحادث خلال العلاج المعرفى السلوكى لمرضى الاكتئاب، اشتملت عينة الدراسة على ١٥٠ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى، وتم إجراء تقييم مستمر لردود أفعالهم وانطباعاتهم عن منطق العلاج، والواجبات المنزلية، وذلك عبر برنامج علاجى مكون من ٢٠ جلسة. وأظهرت النتائج أن قبول منطق العلاج، والمواظبة على أداء الواجبات المنزلية

تقدم إسهامات جيدة فيما يتعلق بنتائج العلاج، والتغير المعرفى الحادث. ولم توجد دلائل على أن المواظبة على أداء الواجبات تشكل عاملاً وسيطاً بين قبول العلاج، والنتائج، وأن قبول منطق العلاج يؤدى إلى تسهيل الاشتراك فيه وليس له علاقة بالتغير المعرفى الحادث، فى حين أن المداومة على المهام المنزلية يساعد فى حدوث تغير علاجى إضافى (Addis & Jacobson, 2000).

وفى إطار الكشف عن كفاءة العلاج المعرفى فى الوقاية من الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب الأساسي ذوى النوبات المتكررة، تم اختيار ١٤٥ مريضاً تم شفاؤهم بعد نوبة من الاكتئاب الأساسى المعاود، وتم تقييمهم على مقياس بيك للاكتئاب وقائمة هاميلتون. وتلقى جميع المرضى برنامجاً للعلاج المعرفى تضمن خطة علاجية للوقاية من الانتكاس. وتم متابعة المرضى لمدة ١٦٠ أسبوعاً. أوضحت النتائج أن العلاج المعرفى ذو كفاءة فى الوقاية من الانتكاس، وتكرار النوبات خاصة لدى المرضى الذين مروا بثلاث نوبات معاودة أو أكثر، وهم يمثلون ٧٧٪ من أفراد العينة ولم تتحقق هذه النتيجة بالنسبة للمرضى الذين مروا بنوبتين فقط من نوبات الاكتئاب الأساسى المعاود (Teasdal & Segal, et al., 2000).

وأجرى بيرنز، وسبانجلر (Burns & Spangler, 2000) دراسة عن مدى تأثير المواظبة على عمل الواجبات والمهام المنزلية كجزء من العلاج المعرفى السلوكى فى كفاءة العملية العلاجية، على عينة قوامها ١٢٢ من مرضى الاكتئاب الأساسى، بمتوسط عمرى ٣٥ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقتا العلاج المعرفى السلوكى، غير أنه فى المجموعة الثانية لم يتم التركيز على الواجبات المنزلية، ولم تعط لبعض المرضى أى واجبات. وجاءت النتائج مؤيدة للفرض القائل بأن المرضى الذين يواظبون على أداء الواجبات المنزلية كجزء أساسى من العلاج المعرفى السلوكى، تكون معدلات تحسنهم أعلى وأسرع من المرضى الذين يؤدون جزءاً بسيطاً من هذه المهام، أو لا توجد لديهم واجبات على الإطلاق. فى حين لم تظهر النتائج ارتباطاً بين مدة الأعراض الاكتئابية والمواظبة على أداء الواجبات.

ولدراسة تأثير العلاج المعرفى السلوكى على أسلوب الحياة والجوانب الاجتماعية أجرى لينز وديما "Lenz & Dema" دراسة على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ٣٧ مريضاً بمتوسط عمرى ٣٥.٦ سنة تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً مكثفاً على مدى ستة أسابيع، وتم تقييمهم قبل العلاج وبعده باستخدام مقاييس الكفاءة الذاتية، وأسلوب الحياة ومصادر القوة البيئية والوظيفية، وأيضاً خلال فترة المتابعة العلاجية وأشارت النتائج إلى أن ١٣.٥٪ من المرضى تحسنوا بدرجة عالية، و٤٥.٩٪ تحسنوا تحسناً متوسطاً، و٢٦.٣٪ حدث لديهم تحسن طفيف، و١٦.٢٪ لم يتحسنوا على الإطلاق. وأشارت النتائج إلى أن الكفاءة الذاتية، وأسلوب الحياة ساهما فى تحسن بعض النواحى مثل العمل، والتعليم، وأوقات الفراغ، والعلاقات الاجتماعية، ومستوى عام من الرضا عن الحياة، لكن لم يحدث أى تحسن فى العلاقات الزواجية، والعادات الصحية والنواحى المادية بشكل عام، مما يشير إلى كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين الكفاءة الذاتية وتغيير أسلوب الحياة لدى المرضى المكتئبين. (Lenz & Dema, 2000).

وهدفت دراسة ريكارت Rekart فحص كفاءة العلاج المعرفى السلوكى الجمعى على عينة من المرضى الداخليين، وأيضاً مدى تأثير المهام والواجبات المنزلية والاستمرار فى أدائها فى خفض أعراض الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى. وقد تم اختيار عينة قوامها ٣٩ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى المقيمين بإحدى مستشفيات الطب النفسى، وأكمل جميع المرضى الأداء على قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة بيك لليأس، قبل وبعد العلاج، وتم قياس كلاً من المواظبة المتدرجة، وكفاءة هذه المواظبة فى أداء المهام المنزلية. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفى السلوكى الجمعى ذو كفاءة عالية فى علاج المرضى الداخليين، وفى المقابل لم يتضح وجود دلائل تدعم فرض أن المهام المنزلية أو المواظبة عليها وكفاءتها ذات تأثير على التحسن الحادث فى الأعراض الاكتئابية (Rekart, 2001).

وللتعرف على الإسهام النسبى لكل من العوامل المعرفية، والعوامل السلوكية والعجز السلوكى فى حدوث الانتكاس الذى يتبع الاستجابة للعلاج المعرفى السلوكى، تم إجراء دراسة على عينة قوامها ١٣٧ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى ممن تلقوا برنامجاً بالعلاج المعرفى السلوكى لمدة ١٦ أسبوعاً وتم عمل متابعة بعد انتهاء العلاج لمدة عامين، وتقدير نفسى إكلينيكى للمرضى قبل، وأثناء وبعد العلاج وكل ستة أشهر خلال فترة المتابعة باستخدام قائمة بيك للاكتئاب أو مقياس العجز الوظيفى للاتجاهات، ومقياس التنشيط السلوكى.وأظهرت النتائج أن المرضى الذين اشتركوا فى مستويات تنشيطية منخفضة بعد العلاج، كانوا أكثر احتمالاً للانتكاس المتكرر، وارتبط العجز السلوكى بالقابلية للانتكاس خاصة لدى المرضى من ذوى السلوك العدوانى، وفى المقابل كان المرضى ذوى السلوك الاعتمادى ينتكسون بعد فترة أطول، فى حين لم يكن العجز الوظيفى للاتجاهات منبئاً بالقابلية للانتكاس (Gollan, 2001).

وفى دراسة عن القابلية للانتكاس تم فحص واختبار العلاقة بين عودة الأعراض بعد ٣، و٦ شهور من إتمام العلاج، وعدد من المتغيرات أثناء العلاج، منها عدد الأعراض المنخفضة (غير الحادة) فى بداية العلاج، ومعدل الانخفاض عبر المراحل العلاجية المتتالية. تكونت عينة الدراسة من ٥١ أنثى بمتوسط عمرى ٣٤ سنة، و٢٥ ذكراً بمتوسط عمرى ٣٨ سنة، من مرضى الاكتئاب الأساسى ممن تلقوا برنامجاً علاجياً بالعلاج المعرفى السلوكى لمدة ٢٠ أسبوعاً. وأسفرت التحليلات الاحصائية عن نتيجة مؤداها أن معدل انخفاض الأعراض خلال العشرة الأسابيع الأولى من العلاج منبئ قوى بعودة الأعراض بعد ٣، ٦ شهور من العلاج، وذلك أكثر قدرة تنبؤية بكل من حدة الأعراض الاكتئابية قبل العلاج، وانخفاض الأعراض بعد جلستين من العلاج، وانخفاض الأعراض عبر العشرين أسبوعاً الكاملة من العلاج، والمدة المنقضية من المعاناة من الاكتئاب قبل التقدم للعلاج. وأظهرت النتائج أيضاً أن حدة الاضطراب المعرفى قبل العلاج كان واحداً من المنبئات القوية بمعدل انخفاض الأعراض أثناء العلاج. (Santor & Segal, 2001).

ولفحص العلاقة السببية بين العجز الوظيفى فى الاتجاهات، وكل من القلق والاكتئاب، تم اختيار عينة مكونة من ٥٢١ مريضاً بالاكتئاب الأساسى بمدى عمرى يتراوح بين ١٥- ٨٠ عاماً، وتم استخدام برنامجاً معرفياً سلوكياً على مدى ١٢ أسبوعاً وتم اختبار الفروض الأربعة التالية:.

أ- أن التغير فى الاتجاهات يؤدى إلى تغير فى الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق أثناء العلاج.

ب- وأن التغير فى أعراض القلق والاكتئاب يؤدى إلى تغير الاتجاهات.

ج- ولا توجد علاقة سببية بين عجز الاتجاهات والانفعالات.

د- والاتجاهات المشوهة والانفعالات السلبية بينهما علاقة ارتباطية تبادلية.

وظهرت النتائج أن العجز الوظيفى فى الاتجاهات ارتبط جوهرياً بمستويات الاكتئاب والقلق منذ بداية العلاج وعلى مدى ١٢ أسبوعاً، بالإضافة إلى أن التغير فى الاتجاهات ارتبط جوهرياً بالتغير الحادث فى القلق والاكتئاب أثناء العلاج، وتفترض النتائج وجود عامل قد يكون له تأثير سلبى على كل من الاتجاهات والقلق والاكتئاب (Burns & Spangler, 2001).

ولدراسة التنبؤ بالاستجابة للعلاج، تم اختيار ٤٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسى بمتوسط عمرى ٤٠.٧١ سنة. واشترك أفراد المجموعة فى عشر جلسات من العلاج المعرفى السلوكى، وكانوا يتناولون أحد مضادات الاكتئاب، وتم تقديم العلاج المعرفى السلوكى بشكل تكاملى بين منحيين علاجيين هما العلاج المعرفى لبيك، ومنحى ليوتسون للتعايش مع الاكتئاب. وأوضحت النتائج أن درجات اليأس كانت أعلى لدى الأفراد الذين تسربوا من العلاج، عنها لدى مجموعة الأفراد الذين أكملوا العلاج فى المرحلة قبل العلاجية (القياس القبلى لليأس)، واتضح أن التشاؤم يُعد من أكثر المنبئات بتحسن أو عدم تحسن العجز الوظيفى فى الاتجاهات. ومجمل النتائج أنه كلما زاد مستوى التشاؤم، واليأس كان ذلك منبئاً ببطء الاستجابة للعلاج أو التسرب منه (Westra & Dozois, 2002).

ولمعرفة مدى الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى فى تحقيق أعراض الاكتئاب لدى الفصاميين تم اختيار عينة مكونة من ٤٢٢ مريضاً (بمدى عمرى يتراوح بين ١٨- ٦٥ عاماً)، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى (٢٥٧ مريضاً) العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج الدوائى، وتلقت المجموعة الثانية (١٦٥ مريضاً) العلاجات الدوائية المعتادة للفصام. وأظهرت النتائج وجود تحسن عام فى الأعراض إلى جانب تحسن فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب، وتحسن الاستبصار تحسناً جوهرياً، وتقليل الأفكار المتعلقة بالانتحار بالمقارنة إلى المجموعة التى لم تتلق العلاج المعرفى السلوكى، وأيضاً ذوى العلاج المعرفى السلوكى. (Turkingtan, 2002).

وتم فحص التغيرات المعرفية التى تحدث أثناء العلاج المعرفى السلوكى، والعلاقة بين الاكتئاب والتغير الحادث فى الأفكار الآلية، والعجز الوظيفى فى الاتجاهات، وذلك فى مراحل معينة من العملية العلاجية. وتم اختيار عينة قوامها ٣٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسى بمدى عمرى يتراوح بين ١٨- ٦٩ عاماً، تلقوا ١٢ جلسة علاجية بأسلوب العلاج المعرفى السلوكى الجمعى. وأشارت النتائج إلى أن الأفكار الآلية أكثر ارتباطاً بالمقاييس الخاصة بالنواحى المعرفية، والجسمية فى مقياس بيك للاكتئاب، وأن التغير فى الأفكار الآلية، والعجز الوظيفى فى الاتجاهات يرتبط بمستويات غير مرضية (عيادية) من الأعراض الاكتئابية فى نهاية العلاج (Furlong and Oei, 2002).

وقد تم فحص ما إذا كان التقدم للعلاج بعد النوبة الاكتئابية الأساسية مبكراً يساعد على تقليل احتمالات الانتكاس، سواء فى طول الفترة المنقضية بين النوبات، أو فى عدد المرات، وذلك فى مقابل التقدم للعلاج فى وقت متأخر بعد حدوث النوبة الاكتئابية وأجريت الدراسة على عينة قوامها ٥٣ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى، بمتوسط عمرى ٣٧.٦٨ سنة، تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً لمدة ١٦ أسبوعاً، وقد شفى ٤١ منهم شفاءً كاملاً وتمت متابعتهم لمدة عامين. وأظهرت النتائج أن تأخير التقدم للعلاج المعرفى السلوكى ينبئ بفترة أطول من الاستقرار قبل حدوث انتكاس، وأيضاً ارتبط العدد الكبير من النوبات السابقة بمعدل تناقص وقت التقدم للعلاج (Quiring et al., 2002).

وأجرى ويسترا Westra، وآخرون دراسة عن منبئات الاستجابة للعلاج لدى ٤٨ من مرضى الاكتئاب الأساسى بمتوسط عمرى ٤٠.٧ سنة، اشتركوا فى برنامج علاجى معرفى سلوكى جمعى على مدى ١٠ جلسات، وكان كل أفراد العينة يعالجون أيضاً على الأقل بأحد مضادات الاكتئاب. وتضمن البرنامج العلاجى التكامل بين نوعين من العلاجات هما: العلاج المعرفى لبيك، وعلاج ليونسون للتعايش مع الاكتئاب، وتم تقدير المرضى باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس العجز الوظيفى للاتجاهات ومقياس اليأس، بالإضافة إلى خمسة بنود لقياس التفاؤل/ التشاؤم. ولم تظهر النتائج وجود فروق بين الذين لم يكملوا البرنامج العلاجى، وبين الذين أتموه فيما يتعلق بالعجز الوظيفى للاتجاهات أو الأعراض الاكتئابية قبل وبعد العلاج، فى حين أظهرت النتائج ارتفاعاً فى مستوى اليأس بدرجة جوهرية لدى الذين تسربوا من البرنامج العلاجى، بالمقارنة إلى الأفراد الذين أتموا العلاج. وارتبط التشاؤم بالعجز فى الاتجاهات خاصة لدى الأفراد الذين أكملوا العلاج، وأيضاً بالأقل استجابة للعلاج بشكل عام. وبشكل عام فإن التشاؤم واليأس يُعدان من المنبئات بعدم الاستجابة للعلاج أو التسرب منه. (Westra; Dazois & Boardman, 2002).

ولاختبار فرض علمي مؤداه أن إعطاء جلسة علاجية لمدة ساعتين من العلاج المعرفى السلوكى سوف يقلل من القلق والاكتئاب ويؤدى إلى تحسن الأداء العقلى، والجسمى، وتحسن أسلوب الحياة، وتحقيق قدر أعلى من الرضا عن العلاج لدى كبار السن، تم اختيار ٥٦ مريضاً بالانسداد الرئوى المزمن، وتم تصميم جلسة علاجية جماعية للعلاج المعرفى السلوكى لمدة ساعتين لتخفيض أعراض القلق والاكتئاب، واشتملت على تدريبات الاسترخاء، والتدخلات المعرفية، والواجبات المنزلية، واتصالات على مدى فترة المتابعة المقدرة بستة أسابيع. وتم المقارنة بينها وبين مجموعة من مرضى تلقوا فقط تثقيفاً طبياً عن المرض، وأظهرت النتائج أن المجموعة التى تلقت الجلسة العلاجية بالعلاج المعرفى السلوكى أظهرت تحسناً جوهرياً فى أعراض القلق والاكتئاب، لكن لم يحدث تحسن فيما يتعلق بالوظائف الجسمية، مما يدعم

فرض أن جلسة علاجية واحدة قد يؤدى إلى تحسن أعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى بأمراض جسمية مزمنة (Kunik et al., 2002).

وعن الفروق بين مجموعة من مرضى الاكتئاب الداخليين ومجموعة من مرضى القلق المترددين، فيما يتعلق باستمرار الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى بعد الخروج من المستشفى، تم اختيار عينة من ٣٤٠ من مرضى الاكتئاب الأساسى والقلق المقيمين بالمستشفى، خضعوا لبرنامج علاجى معرفى سلوكى، وخرج منهم ١٩٧ مريضاً قبل إنهاء البرنامج العلاجى، وبقى ١٤٣ مريضاً مقيماً بالمستشفى. وتم تقييم جميع المرضى وجمع البيانات قبل وبعد البرنامج العلاجى على مقاييس تقدير الذات، ووجهة الضبط، والقلق، والاكتئاب، والضغوط النفسية. وأوضحت النتائج إحراز تقدم طفيف خلال فترة المتابعة على هذه المتغيرات، بالإضافة إلى أن مرضى القلق الذين خرجوا من المستشفى أظهروا تحسناً بشكل أفضل من المرضى المقيمين (Page &Hook, 2003).

وفى محاولة أخرى لدراسة العلاقات السببية بين كل من الأفكار الآلية، والاتجاهات المشوهة والأعراض الاكتئابية، تم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ٣٥ مريضاً، أخضعوا لبرنامج علاجى معرفى سلوكى جمعى لمدة ١٢ أسبوعاً، وتم تقييمهم على استخبار الأفكار الآلية والاتجاهات المشوهة، وقائمة بيك للاكتئاب، وذلك قبل العلاج، وبعد مرور ٤ و٨ جلسات ثم بعد انتهاء العلاج. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفى السلوكى أدى إلى خفض المعارف السلبية وأدى التحسن فى هذه المعارف (الأفكار الآلية، والاتجاهات المشوهة) بدوره إلى تخفيف أعراض الاكتئاب. وأظهرت النتائج أن الأفكار الآلية تؤدى دوراً وسيطاً بين الاتجاهات المشوهة والأعراض الاكتئابية.(Kwon & Oei, 2003).

وفى دراسة عن القابلية للانتكاس بعد العلاج الدوائى، تم اختيار عينة من ٢٣ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى (١٤ من الذكور، ٩ من الإناث) ممن يعالجون بعقار السيرترالين بجرعات تتراوح ما بين ١٥- ٢٥ ملليجرام لمدة ١٢ شهراً وتم تقييمهم على فترات ١٥ يوماً، و٣٠ يوماً، ثم ٦ شهور، و١٢ شهراً

باستخدام مقياس للتقدير الذاتى، وقائمة هامليتون للقلق، وقائمة هامليتون للاكتئاب، مع الاستمرار فى قياس نسبة تركيز السيرترالين فى الدم، خلال الفترات السابقة. وأظهرت النتائج أن الجرعات النخفضة من الدواء لم تكن كافية لاستمرار الكفاءة العلاجية حيث تزداد احتمالات الانتكاس فى ظل الجرعات المنخفضة، وأن الجرعات العالية من الدواء تسهم فى تقليل نوبات الانتكاس، وطول الفترة المنقضية بين النوبات.(Mauri, et al., 2003).

وأشار كندال وآخرون إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب لدى الأطفال ذو كفاءة عالية في إحداث التحسن، وكذلك في الوقاية من التعرض للإصابة بالقلق والاكتئاب، وتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب في المستقبل وذلك من خلال دراسة على ٨٦ طفلاً في عمر ١٥ سنة تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً لمدة ستة عشر اسبوعاً، واستمرت المتابعة لمدة سبع سنوات واربعة شهور، وكذلك أشارت الدراسة إلى أن معدل ومستوى الاستجابة للعلاج يرتبط باحتمالات الإصابة بالقلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات في المستبقل. (Kendall, et al, 2004).

وكذلك أشار تافت وزملاؤه إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في تخفيف السلوك العدواني وتحسين العلاقات الزواجية والحد من العدوان والعنف تجاه الزوجات. (Taft, et al, 2004).

ثانياً: دراسات المقارنة بين مختلف علاجات الاكتئاب:.

وأجرى راش "Rush" (1981)، دراسة لتقييم ما إذا كانت هناك تغيرات معينة فى أنماط الأعراض لدى مرضى الاكتئاب تكون مصاحبة لأساليب علاجية مختلفة، وأتم دراسته على ٣٥ مريضاً بالاكتئاب الأحادى النوبة من المرضى المترددين على إحدى العيادات بعضهم تلقى علاجاً معرفياً، وبعضهم الآخر تلقى علاجاً دوائياً (إميبرامين). وتمت المتابعة العلاجية الأسبوعية، وأظهرت النتائج أن هناك تحسناً فى النواحى المعرفية مثل اليأس، والنظرة حول

الذات، وأيضاً المزاج والدافعية، وارتبطت هذه التغيرات بالعلاج المعرفى، وجاء ذلك مدعماً لفرض أن العلاج المعرفى يساعد فى تغيير الأفكار، والمزاج الذى يؤدى - بشكل ثانوى - إلى تحسن أعراض الدافعية والأعراض الجسمية. (Rush, 1981).

وفى دراسة لكوفاكس وراش، وبيك، وهولون ١٩٨١، على ٤٤ مريضاً بالاكتئاب الأحادى غير المصحوب بأعراض ذهانية، من المرضى المترددين بمدى عمرى يتراوح بين ١٩- ٦٠ عاماً، وتم تقسيمهم مجموعتين بناءً على نوع العلاج المقدم، عولجت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً بعقار الإميبرامين، وتلقت المجموعة الثانية علاجاً معرفياً، على مدى ١٢ أسبوعاً، وعلى الرغم من أن كلا الإجرائين ارتبط جوهرياً بتحسن الأعراض وتخفيض مستويات الاكتئاب، فإن المرضى الذين عولجوا علاجاً معرفياً قد أظهروا مستوى من التحسن كان أفضل جوهرياً، كما أظهروا درجة من المواظبة على إتمام العلاج بشكل أعلى من المجموعة الأخرى من المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً، وبعد عام من المتابعة لمجموعة من ٣٥ منهم (من المجموعتين) أظهرت النتائج استمرار تحسنهم بشكل عام، إلا أن التقارير الذاتية للمرضى أظهرت انخفاضاً جوهرياً فى الأعراض الاكتئابية لأولئك الذين تلقوا علاجاً معرفياً، مع وجود اتجاهات إيجابية لديهم لتلقى العلاج المعرفى (Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981).

وأجريت دراسة بهدف الإجابة عن السؤال التالى: هل هناك فروق بين الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى الفردى، والعلاج المعرفى السلوكى الجمعى فى علاج الاكتئاب الأساسى المتوسط والحاد لدى عينة من المرضى المترددين؟.

وللإجابة عن هذا السؤال تم اختيار عينة من ٣٠ مريضاً ممن حصلوا على ٢٠ درجة فأكثر على مقياس بيك للاكتئاب، و١٤ درجة فأكثر على قائمة

هاميلتون، ودرجة تائية على مقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا أعلى من ٧٠ وأيضاً تم تشخيصهم باستخدام المحكات التشخيصية للاكتئاب الأساسى اعتماداً على دليل التشخيص الإحصائى للأمراض العقلية الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية فى طبعته الثالثة المعدلة (DSMIII-R). وقد استمر ٢٧ مريضاً فى تلقى العلاج لمدة ١٢ أسبوعاً (٧ من الذكور، ١٩ من الإناث بمدى عمرى يتراوح بين ٢٢ – ٧٠ عاماً) بأحد الأساليب التالية: وعلاج معرفى سلوكى فردى مع علاج دوائى، علاج معرفى سلوكى جمعى مع علاج دوائى، علاج دوائى فقط. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن فى المجموعات الثلاث، وأن التصاحب بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى، فى مقابل العلاج الدوائى وحده كان لهما كفاءة علاجية متساوية تقريباً على الأقل فى بداية العلاج، وثبت أيضاً كفاءة العلاج المعرفى السلوكى الجمعى مع حالات الاكتئاب الحاد والمتوسط. (Johnson, 1989).

وتتفق نتائج الدراسة السابقة مع ما أشار إليه مارتن، من أن العلاج المعرفى السلوكى يمكن أن يكون بديلاً للعلاج الدوائى فى علاج حالات الاكتئاب الأساسى، وأنه يقلل معدلات الانتكاس خلال فترات المتابعة. (Martin, 1993).

وأجرى ميرفى وآخرون Murphy et al دراسة مقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى، وتدريبات الاسترخاء والعلاج الدوائى، وذلك على عينة من ٣٧ مريضاً بالاكتئاب الأساسى، تم تقييمهم على مقاييس بيك، وهاميلتون، والشخصية متعدد الأوجه. وأشارت النتائج إلى تفوق كل من العلاج المعرفى السلوكى، وتدريبات الاسترخاء على العلاج الدوائى فى تحسين أعراض الاكتئاب، وكانت نتائج العلاج الدوائى أسوأ بدرجة جوهرية من نتائج العلاج المعرفى السلوكى (Murphy, et al., 1996).

وعن العلاقة بين الكفاءة العلاجية، وتكاليف العلاج، أجريت دراسة مقارنة بين العلاج الدوائى والفلوكسيتين، والعلاج المعرفى السلوكى، والجمع بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى، وذلك فى علاج حالات الاكتئاب الأساسى وتم عمل متابعة لمدة عامين. وتبين ان الفلوكسيتين أعلى تكلفة من العلاج المعرفى السلوكى بنسبة تصل إلى ٣٣٪، وكذلك الجمع بين العلاج المعرفى السلوكى والفلوكسينين فكانا أعلى بنسبة ٢٣٪. وتشير هذه النتائج إلى أن العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب الأساسى أقل تكلفة بالنسبة للمرضى، مما يساعد على الاستمرار فى العلاج، فضلاً عن زيادة الكفاءة العلاجية له. (Antonuccio, et al., 1997).

وفى دراسة أخرى عن القابلية للانتكاس ومدى كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى الوقاية منها، تم إخضاع ٤٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسى، بعد تقسيمهم إلى مجموعتين تعرضتا لنوعين من العلاج: العلاج المعرفى السوكى مع العلاج الدوائى، أو العلاج الدوائى وحده. وأوضحت النتائج وجود تحسن فى الأعراض المتبقية بصورة جوهرية لدى المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى حتى بعد إيقاف العلاج الدوائى. وتبين أنه بعد مرور عامين من المتابعة أن ١٦ من المرضى الذين تلقوا العلاج الدوائى فقط أصيبوا بنوبة انتكاس، فى مقابل خمسة من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. (Fava, et al., 1998).

وفى دراسة جورتمر وزملائه تم المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى الكامل، وبين المكونات الفرعية له والتى تتمثل فى التدخلات السلوكية، والتدخلات المعرفية كل على حدة، وذلك فيما يتعلق بالتعامل مع الأفكار الآلية السلبية وبعض الأعراض الاكتئابية الأخرى، وذلك على عينة من ١٧٣ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عشوائية، بحيث تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى، والثانية التدخلات السلوكية، والثالثة تلقت علاجاً عن طريق التدخلات المعرفية،

وذلك على مدى ٢٠ جلسة علاجية على يد معالجين معرفيين سلوكيين مدربين تدريباً جيداً. وتم تقييم الكفاءة العلاجية للطرائق الثلاث من التدخلات العلاجية بواسطة رصد معدلات الانتكاس وعودة الأعراض. وتم التقييم فى فترات تتراوح بين ٦، و١٢، و١٨، و٢٤ شهراً. ولم تتضح أى فروق بين الأساليب العلاجية الثلاثة فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس أو التحسن. (Gortomer; Gollan; Dobson & Jacobson, 1998).

وأجرى روسيلو وبيرنال Rosello & Bernal دراسة عن تقييم الكفاءة العلاجية لكل من العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج بين الشخصى فى علاج الاكتئاب لدى المراهقين. وتم اختيار عينة قوامها ٧١ مريضاً تم تشخيصهم على أنهم مرضى بالاكتئاب باستخدام المحكات التشخيصية الواردة فى دليل التشخيص الإحصائى للأمراض العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية فى طبعته الثالثة المعدلة DSM-III.R، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى، وتعرضت الثانية للعلاج بين الشخصى، أما المجموعة الثالثة كانت على قوائم الانتظار، وتراوح عمر أفراد العينة الكلية بين ١٢- ١٧ عاماً بمتوسط عمرى ١٤.٧ وانحراف معيارى ١.٤ سنة. وتلقت المجموعتان الأولى والثانية برنامجاً علاجياً لمدة ١٢ أسبوعاً، وتم تقييمهم أفراد المجموعات الثلاث قبل وبعد العلاج وأثناء فترة المتابعة لمدة ثلاثة شهور، وتم تقيمهم بالنسبة للأعراض الاكتئابية، وتقدير الذات، والتوافق الاجتماعى. وأظهرت النتائج أن كلا من أسلوبى العلاج المستخدمين كانا ذا كفاءة عالية فى علاج الاكتئاب لدى المراهقين سواء بعد انتهاء العلاج أو خلال فترة المتابعة. (Rosselo & Bernal, 1999).

وأجرى زاس وآخرون Thase et al., 2000 دراسة مقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الوهمي، وعلاجات أخرى. تكونت مجموعة العلاج المعرفى السلوكى من ٩٠ مريضاً بمتوسط عمرى ٣٨.٤ سنة، ومجموعة من ١٠٠ مريضاً بمتوسط عمرى ٣٩.٣ سنة تلقوا علاجاً تحت ظروف تجريبية مختلفة

منها العلاج الوهمي، والعلاج التدعيمى، والإدارة الإكلينيكية دون تدخلات علاجية مباشرة، وتم تحديد الفترة العلاجية الأولى بأربعة أسابيع لكل من العلاجات السابقة للأربع مجموعات، واستمر العلاج لمدة ١٦ أسبوعاً، وأظهرت النتائج تفوق العلاج المعرفى السلوكى سواء بعد مدة أربعة أسابيع، أو ١٦ أسبوعاً. (Thase et al., 2000).

وفى دراسة أخرى تم المقارنة بين كل من العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج النفسى غير الموجه، والرعاية الإكلينيكية من قبل الممارسين العاملين فى الرعاية الأولية، وذلك فيما يتعلق بالكفاءة العلاجية لكل منها فى علاج مرض الاكتئاب الأساسى. تكونت عينة الدراسة من ٤٦٤ مريضاً بالاكتئاب الأساسى أو الاكتئاب المختلط مع القلق، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت كل منها أسلوباً علاجياً من الأساليب السابقة على مدى ١٢ أسبوعاً. واستخدمت قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة الأعراض الطبية النفسية، ومقياس الرضا عن العلاج، وتم تقدير المرضى قبل العلاج، وبعده، وبعد ٤ و ١٢ شهراً. وأظهرت النتائج وجود تحسن جوهرى لدى المجموعات الثلاث عبر الوقت، إلا أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى تحسنت فى فترة ٤ أشهر بشكل أفضل جوهرياً من المجموعتين الأخريين، لكن لم تظهر هذه الفروق بعد ١٢ شهراً من المتابعة، مما يشير إلى أن العلاج المعرفى السلوكى كان ذا كفاءة علاجية على المدى القريب مع استمرار التحسن العلاجى لفترة طويلة بالمقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى. (Ward et al., 2000).

وفى مراجعة لعدد كبير من الدراسات تم المقارنة بين كفاءة العلاج المعرفى السلوكى والعلاج التحليلى المختصر فى علاج الاكتئاب الأساسى. وتم اختيار الدراسات التى لا يقل عدد جلساتها عن ١٣ جلسة علاجية، وتم رصد مؤشرات التحسن فى الأعراض الاكتئابية، والأعراض الطبية النفسية العامة، والكفاءة الاجتماعية. ولم تظهر النتائج وجود أى فروق بين العلاج التحليلى المختصر والعلاج المعرفى السلوكى فى تحسن المناطق الثلاث

السابقة، حيث كان تأثيرها متساوياً تقريباً، ولكن قد تظل هذه النتائج محدودة بحدود هذه الدراسة فقط، وتُعد نتائج نوعية ومن غير الممكن التعميم من خلالها نظراً لصغر حجم عينات الدراسات التى أخضعت للتحليل. (Leichsenring, 2001).

وأجريت دراسة للمقارنة بين كفاءة العلاج المعرفى السلوكى، فى مقابل العلاج بالتسكين المنظم، على عينة من ١٥ مريضاً قسموا إلى مجموعتين تلقت إحداها برنامجاً بالعلاج المعرفى السلوكى، والأخرى العلاج بالتسكين المنظم فى الجلسات الأربع الأولى من العلاج، وتضمنت التقييمات القبلية والبعيدة نوعين من التقديرات هما: التقرير الذاتى للاكتئاب والأعراض الطبية النفسية العامة، وقياس الرضا الشخصى بعد العلاج. وأظهرت النتائج وجود تحسن لدى كلتا المجموعتين ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى معدلات ومستويات التحسن العام.(Hogan, 2001).

وقد أجرى نيلسون "Nelson" مراجعة لعدد كبير من الدراسات باستخدام إعادة التحليل، عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى فى مقابل العلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأساسى، وتم معالجة البيانات المستخرجة كمياً وكيفياً. وأظهرت نتائج التحليل بشكل عام تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأساسى. (Nelson, et al., 2002).

وأجرى بيرلز وآخرون، دراسة للمقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى (فلوكسيتين) فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس، والأعراض المتبقية بعد انتهاء العلاج وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ١٣٢ مريضاً من بين المرضى المترددين، وتم توزيعهم على مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى علاجاً بعقار الفلوكسيتين بجرعة تتراوح بين ٢٠ مللجرام، و٤٠ مللجرام، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى، وذلك على مدى ثمانية أسابيع، وتم متابعة المرضى بعد انتهاء العلاج لمدة ٢٨ أسبوعاً لتحديد مدى تحسن الأعراض الاكتئابية، ومعدل الانتكاس. وقد

تسرب من البرنامج العلاج ٤٧ مريضاً (٣٥.٦٪) لم يكملوا المتابعة لمدة ٢٨ أسبوعاً، ولم توجد فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس، إلا أنه ثبت أن الجرعات العالية من التلوكسيتين ذات معدلات انتكاس أقل (Perlis, et al., 2002).

ثالثاً: **دراسات التصاحب العلاجي** (**الجمع بين أسلوبين علاجيين أو أكثر**):.

وأجرت بلاكبورن (Blackburn, 1981)، دراسة على ٦٤ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي (متوسط العمر ٤١.٣) من المرضى المقيمين داخل إحدى المستشفيات، في مقابل مجموعة من المرضى المترددين (متوسط العمر ٤٣.٢)، وتم إخضاعهم لكل من العلاج المعرفي، ومضادات الاكتئاب، كل على حدة، أو في تصاحبهما معاً واستخدم لتقييم التحسن كل من مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، ومقياس عدم الراحة، ومقياس القلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج تفوق التصاحب العلاجي بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي على نوعي العلاج كل على حدة، وفي حالة المرضى المترددين كان العلاج المعرفي أكثر كفاءة.(Blackburn, 1981).

وأجرى بيللاك وزملاؤه(Bellack, et al., 1981)، دراسة على عينة قوامها ٧٢ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأحادي بدون وجود أعراض ذهانية، وتراوح عمر أفراد العينة بين ٢٠- ٦٠ عاماً وكن من النساء المترددات على إحدى العيادات، وأتمت ٥٢ مريضة منهن المدة العلاجية المقررة (١٢ أسبوعاً)، وكان قد تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات: تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً باستخدام عقّار الأمينوبيتيلين، وتلقت المجموعة الثانية العقّار نفسه مصاحباً لأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية، والمجموعة الثالثة تلقت العلاج بأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية مع البلاسيبو، وأظهرت النتائج أن هناك تحسناً نتيجة إتباع كل الأساليب السابقة بصورة جوهرية فيما يتعلق بالأعراض الاكتئابية، والوظائف الاجتماعية. واتضح أن العلاج عن طريق المهارات الاجتماعية والبلاسيبو أكثر كفاءة من الأساليب الأخرى. (Bellack, et al., 1981).

وفى دراسة شارك فيها ٦٤ مريضاً، تلقوا نوعاً إلى ثلاثة أنواع من الأساليب العلاجية النفسية السلوكية (المهام والواجبات المنزلية، والاسترخاء، والتفاعل والتواصل الإيجابى الأول) لمدة شهرين، وكان ذلك مصحوباً بتناول الإمتيريبتيلين، أو البلاسيبو كعلاجات دوائية. وتم تقييم مستوى القلق والاكتئاب قبل العلاج، وأثناء العلاج، وبعد انتهاء العلاج مباشرة، وخلال ستة أشهر من المتابعة. وتم رصد كل من اضطرابات النوم، وأعراض المخاوف بشكل أقل تكراراً، وقد لوحظ حدوث تحسن واضح للأعراض الاكتئابية خلال فترة العلاج بشكل مستقل عن نوع العلاج المقدم للمرضى، وظل تأثير العلاج مستمراً خلال فترة المتابعة. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً تحسنوا بشكل أسرع من المرضى الذين تلقوا علاج البلاسيبو، ولم تظهر النتائج دلالة جوهرية من التصاحب بين العلاج الدوائى، وأى من العلاجات النفسية المستخدمة (Wilson, 1982).

ولبيان دور العلاج المعرفى فى تحسن المعارف المضطربة لدى المرضى، تم اختيار عينة من ٢٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسى، تلقى نصفهم علاجاً معرفياً، فى حين تلقى نصفهم الآخر علاجاً دوائياً، وتم تقييم جميع المرضى على مقاييس المزاج، والمقاييس المعرفية على خمس فترات متتالية. وكشفت النتائج أن العلاج المعرفى كان ذو فاعلية عالية فى تحسين الأفكار المعرفية السلبية بالمقارنة إلى العلاج الدوائى، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن التغير المعرفى الإيجابي يعتبر أحد الملامح العلاجية المهمة فى تحسين المرضى بشكل عام، حيث أن المرضى الأقل تحسناً أظهروا انخفاضاً دالاً فى مستوى التحسن فيما يتعلق بالجوانب المعرفية، وأن التغير المعرفى (التحسن المعرفى) هو جزء من التحسن العام للمريض أكثر من كونه سبباً لهذا التحسن. (Simons, 1982).

وفى دراسة عن الكفاءة العلاجية للمكونات الفرعية للعلاج المعرفى السلوكى لبيك، ومدى الاستجابة لمكون بعينه، تم استخدام ثلاثة مكونات هى: أ) المراقبة الذاتية للأفكار السلبية. ب) والتحليل المنطقى. ج) واختبار

الفروض. وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى أخضعوا لبرنامج علاجى بالمكونات الثلاثة. وأظهرت النتائج أن اختبار الفروض، والتحليل المنطقى كانا أكثر كفاءة فى التعامل مع الأفكار السلبية الآلية، من المراقبة الذاتية، وأن الجمع بين الأساليب الثلاثة كان أكثر كفاءة من استخدام أى من الأساليب أو المكونات السابقة بمفرده، فى التغلب على الأفكار السلبية الآلية (Jarrett, 1983).

وفى مراجعة باستخدام أسلوب تحليل التحليل Meta analysis لنتائج ٥٦ دراسة عن العلاج النفسى والعلاج الدوائى، كانت هناك خمسة أنواع من العلاجات النفسية المستخدمة فى تلك الدراسات وهى: العلاج السلوكى، والعلاج المعرفى، والتعلم الاجتماعى. والتفاعل بين الشخصى، والتصاحب بين التعلم الاجتماعى والتفاعل بين الشخصى والعلاج السلوكى، والإرشاد (العلاج) الأسرى، هذا بالإضافة إلى ٣٥ نوعاً من العلاجات الدوائية مع وجود نوعين رئيسيين هما الأميبرامين والميتربيتلين. وانتهت الدراسة إلى نتيجة مؤداها أن العلاج النفسى عموماً يتفوق على العلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأحادى تفوقاً جوهرياً (Steinbruech, Moxwell, et al., 1983).

وأجريت دراسة عن كفاءة الجمع بين العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى فى برنامج علاجى متكامل للحالات المقاومة للعلاج، تضمنت عينة الدراسة ستة من النساء المريضات بالاكتئاب الأساسى المقاومات للعلاج الدوائى، واشتمل البرنامج العلاجى على كل من العلاج الدوائى، والعلاج المعرفى السلوكى، وفترة إقامة قصيرة فى المستشفى، ومتابعة لمدة أربعة شهور فى العيادة الخارجية بعد الخروج من المستشفى. وبدأ البرنامج العلاجى من داخل المستشفى، واستمر طوال فترة المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن الجمع بين العلاج الدوائى، والعلاج المعرفى السلوكى كان ذا كفاءة علاجية عالية فى تحسين المريضات بشكل عام حتى فى حالة مَنْ كُنَّ مقاومات للعلاج الدوائى وحده (Miller et al., 1985).

وأجرى بوورز Bowers دراسة على ٣٠ مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية، تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً باستخدام عقار نورتريبتلين، وتلقت المجموعة الثانية العلاج الدوائى نفسه مصحوباً بالاسترخاء، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الدوائى مصحوباً بعلاج معرفى، وتلقت المجموعتين الأخريتين ١٢ جلسة علاجية، وتم عمل تقييم فى الجلسات الأولى، والسادسة، والثانية عشرة باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، وقائمة هاميلتون، ومقياس التشاؤم، واستخبار الأفكار الآلية، والعجز الوظيفى فى الاتجاهات. وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين الأخريين (الاسترخاء والعلاج المعرفى) وبين المجموعة الأولى (العلاج الدوائى)، تفوق التصاحب العلاجى وكفاءته فى خفض الأعراض الاكتئابية خاصة العلاج المعرفى المصاحب، بشكل أعلى من استخدام العلاج الدوائى وحده (Bowers, 1987).

ولاختبار ما إذا كان أسلوب علاجى معين يؤثر فى مكون خاص من مكونات زملة الأعراض المرضية الاكتئابية (الأعراض المعرفية، والوجدانية، والجسمية)، والتى يشتمل عليها كل من مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، تم اختيار ٦٤ من مرضى الاكتئاب الأساسى، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت كل منها أسلوباً علاجياً مختلفاً (دوائى فقط بعقار أمبيرامين، أو علاج معرفى فقط، أو علاج معرفى مصحوب بعلاج دوائى) لمدة ١٢ أسبوعاً. وأوضحت النتائج وجود تحسن فى المجموعات الثلاث بشكل مستقل عن الأسلوب العلاجى المستخدم، وذلك على المكونات الثلاثة، وذلك لا يدعم افتراض أن أسلوب علاجى معين قد يساعد على تحسن مكون فرعى بعينه بشكل أكثر كفاءة من المكونات الأخرى وأيضاً من الأساليب الأخرى. (Mendell, 1987).

وفى دراسة أجراها سيلمى وآخرون Selmi et al (1990) لتقييم كفاءة العلاج المعرفى السلوكى عبر الحاسب الآلى، تم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى

العلاج المعرفى السلوكى بشكل تفاعلى عن طريق الحاسوب، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى المقدم من قبل معالجين فعليين، وكانت المجموعة الثالثة مجموعة ضابطة على قوائم الانتظار، وذلك لمدة ٦ جلسات علاجية. وأوضحت النتائج بعد العلاج وبعد مرور شهرين من المتابعة أن كلتا المجموعتين العلاجيتين تحسنتا، وأنه لم توجد فروق بينهما فى مستوى التحسن على المقاييس والأدوات المستخدمة فى الدراسة وهى مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، واستخبار الأفكار الآلية، وفى المقابل كانت هناك فروق جوهرية بين المجموعتين والمجموعة الضابطة حيث كان التحسن أفضل فى المجموعتين العلاجيتين. (Selmi, et al., 1990).

وقد أشار هولون Holon، (١٩٩٠) من خلال المراجعة التى أجراها لعدد من الدراسات عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى فى مقابل العلاج الدوائى، كل على حدة أو عند تصاحبهما معاً، إلى أن هناك دلائل على أن العلاج المعرفى يؤدى إلى النتيجة نفسها التى تؤدى إليها مضادات الاكتئاب الثلاثية عند علاج حالات الاكتئاب الأحادى غير المصحوب بأعراض ذهانية. وعلى الرغم من أنه لا توجد دلائل على تفضيل أحدهما على الآخر من حيث الكفاءة العلاجية فإن كان هناك تفوقاً للعلاج المعرفى فيما يتعلق بالوقاية من الانتكاس خلال فترات المتابعة العلاجية، وأيضاً أشارت النتائج إلى أن التصاحب بين العلاج المعرفى والعلاج الدوائى، أكثر كفاءة فى الوقاية من الانتكاسات المتكررة، بالمقارنة إلى الأسلوبين العلاجيين الآخرين. (Holon, 1990).

وأجرى ديفز، دراسة مراجعة لعدد كبير من الدراسات فى ثلاثة علاجات رئيسة هى: العلاج الدوائى، والعلاج المعرفى، والتصاحب بين العلاج الدوائى والعلاج المعرفى، وذلك بهدف تحديد الكفاءة النسبية لكل منها فى علاج الاكتئاب.

وأظهرت نتائج الدراسة تفوق العلاج المعرفى على العلاج الدوائى، وأيضاً تفوق التصاحب بين العلاج المعرفى والدوائى على العلاج الدوائى وحده. (Davis, 1991).

وفى دراسة سترافنسكى وفيريلت (١٩٩٤)، تم تقسيم ٢٤ مريضاً بالاكتئاب الأساسى على مجموعتين. تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى الجمعى، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى الجمعى مصحوباً بعقار الاميبرامين. وأكمل ١٨ من المرضى فى المجموعتين العلاج عبر ١٥ جلسة علاجية بواقع جلسة أسبوعياً، وتم تقييم خط الأساس، والتحسن باستخدام مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، ومقياس اليأس. وأشارت نتائج المتابعة لستة عشر مريضاً خلال فترة ٦ شهور بعد انتهاء العلاج إلى كفاءة العلاج المعرفى السلوكى. ولم تثبت فائدة إضافة الأميبرامين إلى العلاج المعرفى السلوكى، إذ أنها لم تعزز من كفاءة النتائج العلاجية. (Stravynski and Verreault, 1994).

وأجرى مارتن وآخرون، ١٩٩٦ دراسة على عينة قوامها ١٩١ مريضاً من مرضى الاكتئاب، المقيمين والمترددين من الذكور والإناث الراشدين، بمدى عمرى يتراوح ما بين ١٨- ٥٨ عاماً. وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً بعقار الأميتريبتيلين، وتلقت المجموعة الثانية علاجاً معرفياً سلوكياً، والمجموعة الثالثة تلقت تصاحباً بين النوعين السابقين من العلاجات. وتم تقييم الأعراض الاكتئابية والشكاوى الأخرى عن طريق التقارير الذاتية، ومقاييس التقدير العيادية مثل مقياس بيك للاكتئاب، وقائمة هاميلتون وذلك أثناء وبعد ثمانية أسابيع من العلاج، ثم بعد مرور سنة من المتابعة، وتم المقارنة بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالنتائج قصيرة وطويلة المدى، ومعدل التسرب، والآثار الجانبية. وأشارت النتائج إلى تفوق العلاج المعرفى تفوقا جوهرياً على العلاج الدوائى خاصة فيما يتعلق بتقليل احتمالات الانتكاس خلال فترة المتابعة. (Martin, et al., 1996).

وفى دراسة لشين Chen وآخرين على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى قوامها ٣٦ مريضاً من الذكور والإناث، بمدى عمرى تراوح بين ١٨ و ٦٠ عاماً،

تلقى ٢٠ من المرضى علاجاً معرفياً سلوكياً مع علاج دوائى لمدة ١٢ أسبوعاً، وتلقى ١٦ مريضاً، علاجاً دوائياً فقط لمدة ١٢ أسبوعاً أيضاً. وتم عمل متابعة بعد انتهاء فترة العلاج على فترتين هما ٦، و١٢ شهراً، واستخدم لقياس خط الأساس، ومتابعة التحسن كل من مقياس بيك للاكتئاب، وقائمة هاميلتون. وأشارت نتائج الدراسة إلى تفوق التصاحب بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى، فيما يتعلق بمستوى وسرعة التحسن، وأيضاً القابلية للانتكاس. (Chen, et al., 1996).

ولفحص كفاءة العلاج الزواجى التكاملى، فى مقابل العلاج المعرفى السلوكى، والتصاحب بينهما فى علاج الاكتئاب لدى الإناث، تم اختيار ٢٩ من الإناث المتزوجات ممن يعانين من الاكتئاب الأساسى، وتم تقييمهن على مقياس بيك وقائمة هاميلتون للاكتئاب، ومقياس التوافق الزواجى لقياس الكرب الزواجى، فضلاً عن المقابلة العيادية التشخيصية المقننة. واشترك أفراد العينة فى العلاج لمدة ١٢ أسبوعاً بأحد الأساليب السالفة الذكر، بناءً على تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات. وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن فى أعراض الاكتئاب، والكرب الزواجى بغض النظر عن الأسلوب العلاجى المستخدم. كما لا توجد مؤشرات تدل على تفوق أحد الأساليب العلاجية على الآخر. (Trapp, 1997).

وأجرى مارتن (1997) Martin دراسة مقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية هى: العلاج المعرفى، والتصاحب بين العلاج المعرفى والعلاج الدوائى، والتصاحب بين العلاج الدوائى والعلاج التدعيمى، وذلك على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى. وأشارت النتائج إلى تفوق العلاج المعرفى على العلاج الدوائى، ولم تظهر فروق دالة بين تأثير العلاج المعرفى وحده، والتصاحب بينه وبين العلاج الدوائى. (Martin, 1997).

وأجرى زاس وآخرون، دراسة باستخدام لنتائج ست دراسات أجريت فى المدة الزمنية من ١٩٨٢ حتى ١٩٩٢ للمقارنة بين كفاءة العلاج النفسى وحده، والتصاحب بين العلاج النفسى والعلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأساسى، وتم فحص العلاقة بين النتائج العلاجية العيادية، ونوع العلاج، وحدة

الأعراض، وبعض البيانات الديموجرافية. واشتملت عينة الدراسة على ٥٩٥ مريضاً متردداً بمدى عمرى يتراوح بين ١٨- ٨٠ عاماً، وتلقى ٢٤٣ منهم علاجاً نفسياً فقط، فى حين تلقى ٣٥٢ مريضاً علاجاً تصاحبياً (نفسى ودوائى معاً)، وقد أشارت النتائج إلى أن معدلات الشفاء والتحسن لا تختلف بالنسبة للإجرائين السابقين فيما يتعلق بالحالات غير الحادة، أما فى الحالات الحادة، فقد أظهر التصاحب العلاجى معدلات شفاء أعلى جوهرياً، وكان المرضى المسنون هم أقل وأبطأ فى الشفاء. (Thase et al., 1997).

وتتفق دراسة زاس وآخرين مع دراسات ديكرزباك وآخرين والتى أفادت أن التصاحب بين العلاج الدوائى والعلاجات المعرفية السلوكية يؤدى إلى نتائج أفضل، وذات كفاءة علاجية عالية. (Deckersback; Garshwy, Otto, 2000).

ولدراسة كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى مقابل العلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأساسى لدى كبار السن، تم اختيار عينة قوامها ١٠٢ مريضاً بالاكتئاب من المترددين بمتوسط عمرى ٦٦.٨ سنة اعتماداً على محكات دليل التشخيص الإحصائى للأمراض النفسية فى الطبعة الرابعة وتم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات تلقت إحداها العلاج المعرفى السلوكى فقط، والثانية العلاج الطبى الدوائى فقط، والأخيرة تلقت العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج الطبى الدوائى. وتراوحت الجلسات العلاجية بين ١٦- ٢٠ جلسة علاجية. وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن ملحوظ بشكل عام، وكانت نتائج العلاج المعرفى وحده أو المصحوب بالعلاج الدوائى متشابهة تقريباً. وأظهرت النتائج أيضاً أن المجموعة التى تلقت نوعى العلاج معاً، أظهرت تحسناً أسرع وأفضل من مجموعة العلاج الطبى وحده. وقد أظهر العلاج المعرفى بمفرده تحسناً نسبياً جيداً مقارنةً بالعلاج الدوائى وحده. وأشارت النتائج إلى أن التصاحب بين مختلف العلاجات أكثر كفاءة فى حالة المرضى ذوى الاكتئاب الحاد خاصة إذا كان العلاج الطبى يتم تناوله بشكل ثابت وبجرعات مناسبة. وأظهرت النتائج أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى ذو كفاءة عالية فى علاج الاكتئاب الأساسى لدى كبار السن فى المستوى الذى يتراوح بين الخفيف والمتوسط.(Thompson, et al., 2000).

وأجرى زاس وآخرون دراسة مقارنة عن كفاءة كل من العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى فى علاج مرضى الاكتئاب الأساسى. اشتملت عينة الدراسة على ٧٥ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت المجموعة الأولى وقوامها ٥٢ مريضاً العلاج المعرفى السلوكى لبيك، والمجموعة الثانية وقوامها ١٠ من المرضى تلقوا علاجاً دوائياً بدواء الفلوكسيتين، والمجموعة الثالثة وقوامها ١٣ مريضاً تلقوا علاجاً دوائياً بدواء البوبروبيون، وذلك من خلال برنامج علاجى للمجموعات الثلاث عبر ١٦ أسبوعاً. وقد تم تغيير الدواء بعد ٨ أسابيع فقط للمرضى الذين لم يستجيبوا للمحاولات العلاجية الأولى بالأدوية. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين عولجوا بالعلاج الدوائى كانوا أكثر تحسناً، وأن إضافة العلاج الدوائى إلى العلاج المعرفى السلوكى يؤدى إلى نتائج أفضل خاصة فى الحالات المزمنة والمقاومة للعلاجات الدوائية. (Thase et al., 2000).

وفى إطار دراسة الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى، فى مقابل العلاج الدوائى فى علاج المرضى المكتئبين مزدوجى التشخيص، تم اختيار عينة قوامها ٨٢ مريضاً من الكحوليين المشخصين أيضاً على أنهم مرضى اكتئاب، وتم إخضاع أفراد العينة لبرنامج علاجى معرفى سلوكى وعلاج بالأدوية (سيراترالين) والعلاج الوهمى لمدة ١٢ أسبوعاً، وذلك بعد تقسيمهم لثلاث مجموعات. وأشارت النتائج إلى أن "السيرترالين" أدى إلى خفض الأعراض الاكتئابية، كما قلل من حجم التعاطى أثناء إجراء الدراسة، وذلك مقارنة بالمرضى الذين خضعوا للعلاج الوهمى، كذلك ارتبط العلاج "بالسيرترالين" بانخفاض مستوى وحدة الاكتئاب فى نهاية العلاج لدى الإناث بالمجموعة الضابطة، وأيضاً ارتبط انخفاض تعاطى الكحوليات بانخفاض شدة الاكتئاب. وبناءً على هذه النتائج تفترض الدراسة أن إضافة العلاج الدوائى "السيرترالين" للعلاج المعرفى السلوكى يؤدى إلى علاج المرضى الكحوليين وتخفيض حجم التعاطى وأيضاً تخفيف الأعراض الاكتئابية المصاحبة.(Moak et al., 2003).

ومن الدراسات العربية الحديثة التى أجريت فى البيئة المصرية لدراسة كفاءة العلاج المعرفى فى تحسين أعراض الاكتئاب، دراسة ألفت كحلة (٢٠٠٠)، حيث أجرت دراسة على عينة قوامها ٣٠ مريضاً من مرضى الاكتئاب، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تتكون كل مجموعة فرعية من ١٠ من المرضى، وتلقت المجموعة الأولى علاجاً معرفياً وفقاً لمنحى بيك إلى جانب العلاج الدوائى، وتلقت المجموعة الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى باستخدام طرائق التحكم الذاتى، بالإضافة إلى العلاج الدوائى، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الدوائى فقط. وذلك من خلال برنامج علاجى عبر ١٢ جلسة علاجية، وقد تبع البرنامج فترة متابعة لمدة شهرين. وأشارت النتائج إلى أنه لم توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالتحسن سواء بعد انتهاء العلاج مباشرة، أو بعد فترة المتابعة.

وهناك نقاط مهمة يجب الإشارة إليها فى هذه الدراسة وهى انها:.

١- لم تختبر كفاءة العلاج المعرفى منفرداً، حيث كانت المجموعات الثلاث خاضعة للعلاج الدوائى بمضادات الاكتئاب مما قد يكون سبباً فى طمس الفروق بين المجموعات، ويؤدى إلى صعوبة تحديد حجم الإسهام النسبى للعلاج المعرفى وحده.

٢- صعوبة تحديد الحجم النسبى لإسهام العلاج السلوكى (المجموعة الثانية) وعدم إمكانية المقارنة بين كفاءته فى مقابل العلاج الدوائى أو العلاج المعرفى.

٣- قصر فترة المتابعة مما أدى إلى صعوبة تحديد احتمالات ونسب الانتكاس لكل نوع من أنواع العلاجات السابقة.

أما الدراسة الثانية فقد أجرتها زيزى السيد، (٢٠٠٣) عن تقييم برنامج علاج معرفى على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسى، على عينة مكونة من ٩ من المرضى المترددين، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (ن = ٣)، تلقت المجموعة الأولى برنامج العلاج المعرفى لبيك فقط، والثانية تلقت العلاج المعرفى

لبيك مصحوباً بالعلاج الدوائى، وتلقت المجموعة الثالثة علاجاً دوائياً فقط. وتم تقييم المرضى قبل وعند منتصف فترة العلاج وبعد العلاج. وبعد فترة متابعة لمدة ثلاثة أشهر باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس بيك للقلق، وقائمة هاميلتون للقلق، ومقياس الاتجاهات المختلة ومقياس أساليب المواجهة، ومقياس فقدان الأمل ومن أبرز نتائج الدراسة أن العلاج المعرفى المقترن بالعلاج الدوائى كان أكثر كفاءة من العلاج المعرفى منفرداً فى مرحلة وسط العلاج، أما فى نهاية العلاج فلم تكن هناك فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بمستوى التحسن، سواء بالنسبة للأعراض العامة أو الجوانب المعرفية، وتكررت تلك النتيجة فيما يتعلق بفترة المتابعة حيث لم تظهر أى فروق بين المجموعات الثلاث على أى من متغيرات الدراسة. ومن الملاحظات التى تؤخذ على هذه الدراسة ما يلى:.

١- صغر حجم عينة الدراسة، وصغر حجم خلايا المقارنة بما لا يسمح بوجود فروق جوهرية.

٢- قصر مدة المتابعة نسبياً، مما قد لا يسمح بمتابعة نسب واحتمالات الانتكاس.

٣- عدم وجود برنامج علاجى مفصل وشامل للجلسات العلاجية، وإجراءاتها وأهدافها العلاجية تفصيلاً.

٤- عدم وضوح الأساليب السلوكية المستخدمة مع الاقتصار على جدول تسجيل الافكار الآلية، والأنشطة اليومية.

وإلى جانب الدراسات التى تم عرضها تفصيلاً، هناك عدد كبير من الدراسات التى تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى، إما منفرداً أو بمقارنته بالعلاج الدوائى، أو بأحد العلاجات النفسية الأخرى، والتى تناولت الاكتئاب مع أمراض نفسية وجسمية أخرى مثل: دراسات ماكلاناهان "McClanahan" (٢٠٠١)، وكورى Curry وآخرين (٢٠٠٢)، عن علاج الاكتئاب لدى متعاطى الكحوليات باستخدام المجموعات أو أسلوب دراسة الحالة،

وكذلك دراسات عن كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف أعراض الاكتئاب لدى المرضى بأمراض جسمية مزمنة مثل دراسات كل من خان وبراون Khan & Brown (٢٠٠٣) على مرضى الإصابات الدماغية، وأيضاً دراسات يوهانز Yohannes وآخرين (٢٠٠٢) عن مرضى الإنسداد الرئوى المزمن، ودراسات مور Mohr وآخرين عن الاكتئاب لدى مرضى التصلب المتناثر، وأيضاً دراسات عن الاكتئاب لدى الأطفال مثل دراسة فردوين Verduyn ودراسات عن الاكتئاب المصاحب لأمراض نفسية أخرى مثل دراسات ماير وآخرين (Meyer et al., 2001) عن الاضطراب القطبي الهوس/ الاكتئاب، والاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الهلع مثل دراسات رايف وآخرين Rief et al. (٢٠٠٠)، ودراسات بول وآخرين Ball, et al. (٢٠٠٠) عن الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الشخصية.

تعليق عام على الدراسات السابقة:.

استعرضنا فيما سبق ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ عدداً كبيراً من الدراسات التى تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى سواء عند مقارنته بعلاجات نفسية أخرى، أو عند مقارنته بالعلاج الدوائى الطبى، أو عند الجمع بينه وبين أحد هذه العلاجات، سواء فيما يتعلق بالتحسن العام بعد العلاج مباشرة، أو خلال فترات المتابعة، ورصد احتمالات عودة الأعراض (الانتكاس). ومن خلال العرض السابق يمكن أن نستخلص عدداً من النقاط المهمة فى هذا الصدد نفصلها على النحو التالى:.

١ـ أشار عديد من الدراسات إلى تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج الدوائى أو العلاجات النفسية الأخرى فى علاج الاكتئاب الأساسى، إلا أن بعض الدراسات لم تظهر هذا التفوق، إذ لم توجد فروق بين مختلف العلاجات من حيث الكفاءة العلاجية لمرضى الاكتئاب الأساسى.

٢- أشار عديد من الدراسات إلى تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج الأدائى والعلاجات النفسية الأخرى فى تعديل وخفض المعارف والأعراض المعرفية المصاحبة للاكتئاب.

٣- ظهرت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى فى خفض وتخفيف أعراض الاكتئاب والقلق لدى المرضى الذين يعانون من أمراض جسمية مزمنة.

٤- التصاحب بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى الطبى أكثر كفاءة من استخدام كل منهما منفرداً فى علاج الاكتئاب الأساسى خاصة فى الحالات الحادة.

٥- أشار عديد من الدراسات إلى كفاءة العلاج المعرفى السلوكى، أو التصاحب بينه وبين العلاج الدوائى فى شفاء وتحسن المرضى من ذوى التشخيصات المزدوجة مثل الاكتئاب المختلط مع القلق، أو المصاحب للكحوليات، والتدخين.

٦- أن التصاحب بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى أكثر كفاءة من أى منهما على حدة فى علاج المرضى المصنفين على أنهم مقاومون للأدوية.

٧- تبين وجود كفاءة للعلاج المعرفى السلوكى فى تحسين وشفاء أعراض الاكتئاب مع مختلف الفئات العمرية من المراهقة، والرشد، وحتى كبار السن.

٨- تناول عديد من الدراسات رصد احتمالات عودة الأعراض (القابلية للانتكاس) بعد إتمام العلاج المعرفى السلوكى خلال فترات المتابعة التى قد تصل إلى عامين، وفى المقابل فإن الدراسات التى تناولت القابلية للانتكاس بعد إتمام العلاج الدوائى تُعد نادرة.

٩- وجود تعارض فى نتائج بعض الدراسات الخاصة بالتصاحب بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الدوائى، أو العلاجات النفسية الأخرى، حيث أشار عديد من الدراسات إلى أن هذا التصاحب يؤدى إلى نتائج أكثر كفاءة، فى حين أشارت دراسات أخرى إلى أن إضافة العلاج الدوائى للعلاج المعرفى السلوكى لم يؤد إلى نتائج أفضل من استخدام كل منهما على حدة بل كانت النتائج متشابهة تقريباً.

١٠- وجود تعارض بين الدراسات التى تناولت المكونات الفرعية للعلاج المعرفى السلوكى سواء بالنسبة للجوانب والمكونات المعرفية، أو السلوكية خاصة ما يتعلق بالواجبات المنزلية، وذلك من حيث إسهام كل منها فى زيادة ورفع الكفاءة العلاجية، أو الاستجابة العلاجية من قبل المرضى.

١١- ثبتت كفاءة العلاج المعرفى السلوكى الجمعى فى علاج الاكتئاب خاصة بالنسبة للمرضى المقيمين داخل المستشفيات.

١٢- وجود أساليب علاجية جديدة مساعدة فى إطار العلاج المعرفى السلوكى مثل العلاج بالقراءة، واستخدام الحاسب الآلى كوسيلة من الوسائل العلاجية المساعدة، إلا أن الدراسات فى هذا الصدد تُعد قليلة.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة مشكلة وفروض التي نسعى للتحقق منها، كما يلى:.

مشكلة الدراسة:.

تتحدد مشكلة الدراسة الراهنة فى الإجابة بشكل رئيس عن السؤال التالى:.

"ما مدى كفاءة أساليب العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين أعراض الاكتئاب؟، وهل توجد فروق ذات دلالة بين نتائج العلاج المعرفى السلوكى، والعلاج الدوائى فيما يتعلق بهذا التحسن؟ وما مدى إسهام كل منهما فى تقليل احتمالات الانتكاس؟.

وتبرز عدة أسئلة فرعية، من شأنها أن تعيننا على الإجابة عن السؤال السابق، ويمكن صياغة هذه الأسئلة على النحو التالى:.

١- هل هناك فروق بين مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، ومجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بسرعة التحسن واختفاء الأعراض؟.

٢- وهل هناك فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بالقابلية للانتكاس، على الأقل خلال فترة المتابعة؟.

٣- وهل يؤدى تصاحب العلاج الدوائى، مع العلاج المعرفى السلوكى إلى نتائج أفضل سواء بالنسبة لسرعة التحسن، أم بالنسبة للقابلية للانتكاس، بالمقارنة بأي من نوعى العلاج، كل واحد منها على حدة؟.

٤- وهل يؤدى إضافة العلاج الدوائى إلى العلاج المعرفى السلوكى إلى زيادة قابلية المرضى لقبول تلقى العلاج المعرفى السلوكى (والعلاج النفسى بصفة عامة) والاستمرار فيه؟.

٥- وما مدى إسهام كل نوع منهما فى عملية التحسن أو الشفاء؟.

وسوف نحاول الإجابة عن هذه الأسئلة في سياق الدراسة الراهنة وعبر الفصول التالية من الكتاب.

الفرض العام للدراسة:.

يؤدى أسلوبا العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائى إلى تحسين أعراض الاكتئاب الأساسى، مع زيادة كفاءة هذا التحسن، واستمراريته لفترة زمنية بعد العلاج، وقلة احتمالات القابلية للانتكاس، لدى مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً" بالمقارنة بمجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً دوائياً.

وينبثق عن هذا الفرض العام عدد من الفروض النوعية التي تسعى الدراسة إلى التحقق منها ويمكن صياغتها على النحو التالي:.

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمضي الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً. خلال فترتي المتابعة الأولى والثانية.

٣- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، وبين مجموعتي المرضى الذين تلقت أحد نوعي العلاج منفرداً لكل مجموعة على حدة.

٤- توجد فروق ذات دلالة داخل كل مجموعة على حده - في الأداء على الأدوات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة، والتي يشير إلى مستوى ومسار التحسن، والقابلية للانتكاس لدى كل مجموعة.

٥- يؤدي التصاحب العلاجي بين نوعي العلاج (المعرفي السلوكي، والدوائي الطبي) إلى نتائج أفضل فيما يتعلق بمستوى ومسار التحسن، والقابلية للانتكاس سواء بعد العلاج مباشرة أو خلال فترات المتابعة سواء بين أو داخل المجموعات.

وسوف تسعى الدراسة الراهنة إلى التحقق من هذه الفروض على مدى الفصول التالية.



الفصل السادس

منهج البحث وإجراءاته

أولاً: المنهج والتصميم التجريبى.

يدخل البحث الراهن ضمن البحوث التجريبية المقارنة، حيث يمكننا المقارنة بين ثلاث مجموعات يخضع كل منها لظرف تجريبى مختلف، وهو نوع العلاج المستخدم (المتغير المستقل)ويتم تقديم المتغير المستقل فى هذه الحالة بمستويات مختلفة إلى مجموعات من مرضى الاكتئاب الأساسى، ليصبح لدينا ثلاثة ظروف تجريبية وثلاث مجموعات هي: مجموعة مرضى العلاج المعرفى السلوكى، ومجموعة مرضى العلاج الدوائى، ومجموعة مرضى العلاج المعرفى السلوكى المصاحب للعلاج الدوائى.

ويشير باركر وزملاؤه إلى "أن وجود مجموعة ضابطة لا تتلقى أى نوع من العلاجات، يعطينا فارقاً حاداً بينها وبين المجموعة التجريبية التى تلقت علاجاً محدداً، مما يكشف عن مدى فعالية نوع العلاج، إلا أنه توجد عدة محاذير وقضايا أخلاقية فى منع بعض المرضى من تلقى أى نوع من العلاجات، وعلى الباحثين أن يوازنوا بين الأذى والضرر المحتمل من عدم تناول المرضى لأى أدوية، أو أدوية لم يتم تجريبها مسبقاً (كريس باركر وآخرون، ١٩٩٩، ص ٢٤٣- ٢٤٤).

وبناءً على هذه الاعتبارات الأخلاقية لم يتم تضمين مجموعة رابعة ضابطة (لا تتلقى أى نوع من العلاجات)، وذلك لطول فترة التجربة، والمتابعة بعد انتهاء العلاج وبسبب الخطورة التى يمكن أن يتعرض لها مرضى الاكتئاب الأساسى فى حالة عدم تناول أى علاجات لفترة طويلة.

ويتمثل المتغير التابع فى هذه التجربة فى التحسن الناتج عن التعرض لكل من العلاجات الثلاثة. ويتبع التصميم التجريبى فى هذا البحث النموذج أ - ب - أ، أ- أ حيث يمثل (أ) المتغير التابع وخط الأساس، و (ب) المتغير المستقل (التدخلات العلاجية) ثم (أ) وهو قياس التغير الذى يطرأ على المتغير التابع بعد هذه التدخلات، والذى يتمثل فى تحسن أعراض الاكتئاب.

ثانياً: التعريف الإجرائى لمتغيرات الدراسة.

أ-المتغير المستقل.

ويتمثل فى نوع التدخلات العلاجية التى تتعرض لها كل مجموعة من مجموعات الدراسة، وهو العلاج المعرفى السلوكى فقط للمجموعة الأولى، والعلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى العلاج الدوائى الطبى للمجموعة الثانية، ثم العلاج الدوائى الطبى فقط للمجموعة الثالثة.

ب) المتغير التابع:.

ويُعرف بأنه مقدار التحسن الذى يطرأ على الأعراض الاكتئابية كما يتم تقديره من خلال قائمة بيك لشدة الاكتئاب، وقائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب، ومقياس توكيد الذات، ومقياس حل المشكلات الاجتماعية.

ويتم قياس المتغير التابع على أربع مراحل كما يلى:.

١- **خط الأساس:** ويعنى تقدير شدة أعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة باستخدام المقاييس السابقة، وقبل إجراء أى تدخلات علاجية.

٢- **القياس البعدى:** وهو تقدير مدى التحسن الذى يطرأ على الأعراض الاكتئابية بعد إجراء التدخلات العلاجية عدداً من المرات، بين كل قياس والآخر.

٣- **فترة المتابعة الأولى:** ويتم تقدير مدى استمرار التحسن، واستقراره بعد مرور فترة تعادل فترة العلاج الفعلية والتي استغرقت ثلاثة أشهر (إثنى عشر أسبوعاً).

٤- المتابعة الثانية: وفيها يتم تقدير مدى استمرار واستقرار التحسن، أو حدوث نوبات انتكاس بعد مرور فترة تعادل ضعفى فترة العلاج الفعلية تعادل ستة أشهر منذ انتهاء العلاج.

ثالثاً: إجراءات البحث.

١- عينات البحث:.

أجريت التجربة فى البحث الراهن على عينة قوامها سبعة عشر مريضاً (ن = ١٧) من مرضى الاكتئاب الأساسى، ثم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات على النحو التالى:.

أ- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى فقط وتكونت من خمسة مرضى، وكان العدد الأصلى للعينة ثمانية مرضى إلا أنه حدث تسرب لثلاثة من المرضى فى بداية برنامج العلاج خلال أو بعد الجلسات الثلاث الأولى للعلاج، ولم يتلق أفراد هذه المجموعة أياً من مضادات الاكتئاب.

ب- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى وقوامها ستة مرضى.

ج- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فقط، وتكونت من ستة مرضى. ولم يتلق المشاركون فى هذه المجموعة أى نوع من أنواع العلاجات النفسية سابقاً.

محكات اختيار العينة:.

تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة فى التجربة الحالية، وذلك بهدف إحداث الضبط التجريبى لعدد من المتغيرات الدخيلة التى يتوقع أن تؤثر على نتائج التجربة أو تتداخل مع مؤشرات التحسن، أو مع العمليات المسئولة عن حدوثه. وتضمنت هذه المحكات المتغيرات التالية:.

أ- **العمر:** تم تحديد المدى العمرى لأفراد العينة بحيث يتراوح ما بين ٢٥-٤٥ عاماً، وذلك لتلافى أنواع الاكتئاب الأخرى فى مرحلة المراهقة والشيخوخة، والتى قد تختلف فى نشأتها وتطورها واستمرارها، وأيضاً

فى العوامل المرسبة لها عن نوبات الاكتئاب الأساسى لدى الراشدين فى هذا المدى العمرى، وهو ما من شأنه أن يؤثر على ديناميات العمليات العلاجية، والعوامل التى تساعد على التحسن والشفاء.

ب- **التعليم**: روعى فى اختيار أفراد العينة توفر شرط القراءة والكتابة على الأقل كحد أدنى لقبول الحالات للمشاركة فى البرنامج العلاجى (خاصة لدى المجموعتين الأولى والثانية) وذلك مراعاة لمتطلبات البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى الذى يتضمن عدداً من أساليب المساعدة الذاتية -وقد ورد تفصيله فى الجزء الأول من هذا الكتاب- وما يتطلبه من إنجاز مهام ذات طبيعة خاصة خارج سياق الجلسات العلاجية.

ج- روعى أن يكون كل أفراد العينة من المرضى المترددين على العيادات الخارجية، وذلك لتفادى آثار الإقامة بالمستشفى من ناحية، ومن ناحية أخرى استثمار وجود المريض فى محيط اجتماعى يسمح بتنفيذ المهام المطلوبة منه خارج الجلسات العلاجية.

د- **التشخيص**: يُعد التشخيص من أهم المحكات التى تم تأكيدها عند اختيار الحالات. فقد كان جميع أفراد العينة ممن تنطبق عليهم المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب حسب ما هو وارد فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للأمراض العقلية، والصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية. ويتم قبول الحالات بناءً على هذا التشخيص، إلى جانب إجراء مقابلة إكلينيكية تشخيصية مع الحالة لمعرفة مدى ملاءمة الحالة للبرنامج العلاجى، ومدى انطباق بقية المحكات عليها.

هـ- **العلاجات السابقة**: وينص على عدم تلقى أفراد العينة لأى نوع من مضادات الاكتئاب على الأقل خلال الشهور الستة الأخيرة، إلا أنه فى هذا الصدد كانت بعض الحالات الحادة قد تلقت علاجاً دوائياً وتم تضمين هؤلاء المرضى ضمن المجموعة الثانية.

أما المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط) فلم يتناول أى من أفرادها مضادات الاكتئاب على الإطلاق قبل أو أثناء إجراء التجربة. وبالنسبة لمجموعة مرضى العلاج الدوائى فقط (المجموعة الثالثة) فلم يتلق أى منها العلاجات النفسية سابقاً.

وتضمن هذا المحك أيضاً عدم تلقى أفراد العينة لأى علاج بالكهرباء، على الأقل خلال الشهور الستة الأخيرة، وذلك لتلافى الآثار الجانبية للعلاج بالكهرباء، أو أى آثار علاجية لها.

ويلخص جدولا (٣)، (٤) مواصفات المتغيرات الديموجرافية للعينة الكلية.

جدول (٣) الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاث فى متغير العمر

المجموعة	مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط		مجموعة العلاج المعرفي بالإضافة للعلاج الدوائي		مجموعة العلاج الدوائي فقط		قيم ف		
	م	ع	م	ع	م	ع	١ و ٢	١ و ٣	٢ و ٣
العمــر	٣٤.٤	٨.٦	٣٠.٥	٥.٠١	٣٥.٨	٦.١	٦.٩	٢.٧٢	٠.١٩٦

ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في متغير العمر بين مجموعات الدراسة.

جدول (٤) توزيع عينات البحث على المتغيرات الديموجرافية وقيمة كا٢ للفروق بين المجموعات

المجموعات. المتغيرات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة	كا٢
النوع:.	.	.	.	
أ) ذكور.	١٠.	١٠.	٢٠.	.
ب) إناث	٤	٥	٤	٠.٥١٢
مستوى التعليم:.	.	.	.	
أ) جامعي.	٤٠.	٣٠.	٣٠.	.
ب) ثانوى ودبلوم.	.١	.٣	.٣	١.٣١
ج) إعدادى	--	--	--	
الحالة الاجتماعية:.	.	.	.	.
أ) أعزب.	٣٠.	٢٠.	.--	.

المجموعات. المتغيرات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة	كا٢
ب) متزوج.	.٢	٣.	.٦	٧.٠٤٧
ج) مطلق	---	١	---	
الحالة الوظيفية:.	.	.	.	
أ) يعمل.	.---	٥.	.٤	.
ب) لا يعمل.	٢.	.١	.٢	١١.٦٦
ج) طالب	٣	---	---	

يوضح الجدول السابق الفروق بين المجموعات الثلاث في المتغيرات الديموجرافية، ويتضح من الجدول عدم وجود فروق فيما يتعلق بمستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية بين المجموعات الثلاث، فى حين كانت هناك فروق على مستوى متغير النوع، حيث كان عدد الإناث أكثر من عدد الذكور بشكل جوهرى فى العينة الكلية. ويرتبط ذلك بأن معدل تسرب الذكور من العلاج كان أعلى مما هو عليه لدى الإناث اللاتي تميزن بالمواظبة والمداومة على العلاج (خاصة العلاج المعرفى السلوكى) بالمقارنة إلى الذكور.

٢- ادوات البحث:.

تم استخدام عدد من الأدوات التى يمكن من خلالها التحقق من فروض وأهداف البحث الراهن. وقد توزعت هذه الأدوات عبر عدد من المحاور وذلك على النحو التالى:.

اولاً: مقاييس شدة الأعراض الاكتئابية:.

واشتملت على كل من:.

أ- قائمة بيك لشدة الاكتئاب.

ب- قائمة هاميلتون لتقدير أعراض الاكتئاب.

ثانياً: مقاييس تقدير الجوانب المرتبطة بالاكتئاب:.

واشتملت على كل من:.

أ- مقياس توكيد الذات. (إعداد، أسامة الغريب).

ب- مقياس حل المشكلات الاجتماعية، (إعداد، أسامة الغريب).

ثالثاً: أدوات استخدمت فى سياق البرنامج العلاجى:.

واشتملت على كل من:.

أ- استخبار الأفكار الآلية، (ترجمة وإعداد الباحث).

ب- استخبار اختلال الاتجاهات بصورتيه أ، ب. (ترجمة وإعداد، محمد نجيب الصبوة).

ج- قائمة النشاطات السارة، (إعداد، محمد نجيب الصبوة).

د- استمارة تاريخ الحالة، (إعداد، محمد نجيب الصبوة).

رابعاً: البرنامج العلاجى:.

أعد الباحث برنامج العلاج المعرفى - السلوكى متعدد المحاور القائم على المساعدة الذاتية المسبوقة بنموذج. وقد ورد تفصيله فى سياق الفصل الرابع فى الجزء الأول من الكتاب.

أولاً: أدوات قياس شدة أعراض الاكتئاب:.

استخدمت هذه الأدوات لقياس وتقدير شدة أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة قبل العلاج، وتقدير مستوى وثبات ومتابعة التحسن بعد العلاج وخلال فترتى المتابعة، واستخدمنا فى هذا الصدد كلاً من قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression inventory (BDI)' وقائمة هاميلتون للاكتئاب Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) وتُعد هاتان القائمتان من أكثر القوائم المستخدمة لتقدير شدة أعراض الاكتئاب، وتتسمان بالكفاءة العالية فى تحديد نوعية الأعراض وشدتها، إلى جانب كفاءتهما فى متابعة التحسن فى هذه الأعراض نظراً لحساسيتهما المرتفعة وكفاءتهما السيكومترية العالية. (Monreo, et al., 1999; Tang & DeRubies, 1999 & Finley, et al., 2003).

١- قائمة بيك للاكتئاب:.

قام آرون بيك وزملاؤه "Beck" بوضع هذه القائمة التى نشرت لأول مرة عام ١٩٦١، وتم تطويرها عام ١٩٧١، ونشرت آخر مراجعة منقحة لها عام ١٩٨٨، واستخدمت بشكل واسع فى مركز العلاج المعرفى بفيلادلفيا أولاً، ثم انتشرت إلى أرجاء العالم بعد ذلك، وتهدف لقياس وتقدير شدة حالة الاكتئاب لدى كل من المرضى النفسيين والأسوياء من جميع الأعمار بدءاً من سن المراهقة حتى كبار السن ومن الجنسين. (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧).

وتتكون القائمة من ٢١ بنداً يمثل كل منها عرضاً من أعراض الاكتئاب، تقدر عند التطبيق على أساس اختيار بديل من بين أربعة بدائل متصاعدة الشدة، بدرجة تتراوح ما بين صفر - ٣ لكل بند. وتتراوح الدرجة الكلية ما بين صفر - ٦٣ درجة كحد أقصى. (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧؛ .(Jainer, 1995; Monreo, 1999

وتشمل هذه الأعراض: الحالة المزاجية، والتشاؤم، والإحساس بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الذنب، والإحساس بالعقاب، وكراهية الذات، وإتهام الذات، والميول الانتحارية، ونوبات البكاء، والقابلية للتهيج، والانسحاب الاجتماعى، والعجز عن اتخاذ القرارات، وتشوه صورة الذات، وفتور الهمة، واضطراب النوم، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والانشغالات الصحية، وضعف الطاقة الجنسية (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧).

وتتميز القائمة بكفاءة سيكومترية عالية، حيث تراوح ثبات القائمة فى عديد من الدراسات العلاجية ما بين ٠,٧٦ و ٠,٨٨. وبلغ ثبات الصورة المختصرة منها (١٣ بنداً) ٠,٨٢ وتشير دراسات أخرى إلى أن ثبات القائمة يتراوح ما بين ٠,٧٣ و ٠,٩٥ وأيضاً ٠,٤٨ و ٠,٨٣ وذلك بالنسبة للقائمة فى صيغتها الإنجليزية (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧؛ Hedlund & Rade, 1995; Haeksema, 2000; Feeley; .(DeRubies & Gelfand, 1999

وقام بترجمة القائمة وإعدادها للعربية عديد من الباحثين، وأجريت عليها دراسات عدة مثل دراسات غريب عبدالفتاح ١٩٨١، ١٩٨٥، ١٩٩٠، ٢٠٠٠، وأحمد عبدالخالق، ١٩٩٨، فى البيئة المصرية، وويست والقيسى ١٩٨٥، فى البيئة السعودية. وبلغت معاملات ثبات القائمة فى البيئة العربية لدى الطلاب ٠.٨٣ وبلغ فى دراسات أخرى ٠.٨٥ وذلك بمعامل ألفا (زيزى السيد، ٢٠٠٣، ص ص ١٦١- ١٦٨).

مقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب::

أعده وطوره ماكس هاميلتون بهدف تقدير شدة الاكتئاب، ويتكون من ١٧ بنداً، كل منها يمثل عرضاً من أعراض الاكتئاب. وتتراوح الدرجة عليه ما بين صفر – ٤ درجات، إلى جانب بعض البنود التى تتراوح الدرجة عليها ما بين صفر – ٢. ويوصى هاميلتون بضرورة وضع كل المعلومات المتاحة من خلال المقابلة، وتاريخ الحالة، أو الأقارب، والمشاهدات الإكلينيكية فى الاعتبار عند تطبيق المقياس. ويشمل المقياس عدداً من المحاور هى: الجسمية، والمعرفية، والوجدانية (المزاجية)، والسلوكية (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص ١٥٩).

ولسنوات عدة ظلت ـ وحتى الآن ـ قائمة هاميلتون تستخدم بكفاءة عالية فى البحوث والدراسات العيادية، والبحوث العلاجية، ومتابعة التحسن بعد التعرض للعلاجات المختلفة سواء الدوائية منها أم النفسية، وذلك لكفاءتها المرتفعة، وحساسيتها العالية. وأجريت على القائمة دراسات عدة فيما يتعلق بالصدق والثبات. وقد تراوحت معاملات الثبات للقائمة ما بين ٠.٨٤ – ٠.٩٥ .(Bright, et al., 1999; Hoekerma, 2000 & Finley, et al., 2003)

ثانياً: أدوات خاصة ببعض الجوانب المرتبطة بالاكتئاب:.

استخدمنا فى هذا الصدد اثنين من المقاييس الخاصة بالكفاءة الاجتماعية، وهما: استخبار توكيد الذات، واختبار حل المشكلات الاجتماعية. ويأتى اختيارنا لهذين النوعين من المقاييس استناداً إلى وجهة النظر المتبناة والمطروحة فى الدراسة الراهنة، وهى تعدد محاور العلاج تبعاً لتعدد المجالات التى يشملها الاضطراب والتى تشمل أربعة جوانب هى كالتالى:.

أ- **السلوك الظاهر:** والمتمثل فى الأفعال الخارجية.

ب- **الانفعال:** والذى يتمثل فى التغيرات الفسيولوجية.

ج- **والتفكير:** ويشمل طرائق التفكير، والقيم، والاتجاهات، وأساليب حل المشكلات.

د- **والتفاعل الاجتماعى:** ويشمل كلاً من: علاقات الفرد بالآخرين، وأساليبه فى معالجة الضغوط، ومهاراته الاجتماعية. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨).

وترتبط التوكيدية بالنجاح والفشل فى العلاقات الاجنماعية ومن ثم فهى ترتبط بالصحة النفسية وهى تتمثل فى التعبير عن النفس، والدفاع عن الحقوق الشخصية، وعدم الاستجابة للضغوط الخارجية، وغيرها من المكونات الفرعية (المرجع السابق).

أما حل المشكلات الاجتماعية فيُقصدُ بها العملية التى من خلالها يفهم الأفراد، ويتصرفون حيال المشكلات الحياتية. وقد أشار جاهودا "Jahoda" (١٩٥٣- ١٩٥٨) إلى أن القدرة على حل المشكلات مكون حاسم للصحة العقلية، وافترض أن الاضطراب فى مهارات حل المشكلات الاجتماعية يرتبط بسوء التوافق النفسى، ويشكل الأساس المرضى للاضطراب النفسى. (Nezu; Nezu & Perri, 1989, p. 39).

وفيما يلى عرض تفصيلى لهذين المقياسين:.

١- استخبار السلوك التوكيدى:.

وهو من إعداد أسامة محمد الغريب (٢٠٠٣)، ويتكون المقياس من ٤٣ بنداً تقيس خمسة مهارات أساسية هى:.

أ- مقياس الاحتجاج والرفض في مقابل الإذعان: ويعكس القدرة على إظهار الاحتجاج ورفض المطالب غير المناسبة للآخرين فى مختلف مواقف التفاعل الاجتماعى.

ب- مقياس الاستقلال فى مقابل الاعتماد: ويقيس القدرة على تحمل المسئولية من دون الاعتماد على الآخرين، ومن مؤشراته عدم الخضوع لضغوط الجماعة، والتى ترمى إلى إجباره على تبنى وجهات نظر ما، أو الإتيان بأفعال معينة دون إرادته.

ج- مقياس المواجهة الاجتماعية: ويعبر عن قدرة الفرد على الاختلاف مع الآخرين والمصارحة بالرأى، وطلب التفسيرات، والقدرة على الاعتذار العلنى للآخرين فى حالة ارتكاب خطأ فى حقهم.

د- مقياس الدفاع عن الحقوق الخاصة: ويقيس قدرة الفرد على التمسك بحقوقه الخاصة وعدم السماح للآخرين بانتهاك خصوصياته.

هـ- مقياس التعبير عن المشاعر بحرية انفعالية: ويقيس قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره بحرية انفعالية ما دامت تخلو من العيب والحرام، مثل التعبير عن الغضب عند التعرض للإهانة، أو التعبير عن الحب لشخص عزيز، أو الشكوى من أشخاص تربطنا بهم علاقة قوية.

ويتم الإجابة عن الاستخبار من خلال مقياس للشدة يتراوح ما بين ١- ٥ لكل بند ويتم الحصول على درجة لكل مقياس فرعى من المقاييس السابقة إلى جانب الدرجة الكلية للسلوك التوكيدى، وتم حساب معاملات الثبات

والصدق للاستخبار، وبلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على المكونات الفرعية للمقياس ٨٣٪، وتراوحت معاملات ثبات ألفا ما بين ٧٧٠ – ٨٣٠ وتم حساب الصدق بطرائق عدة منها: وصدق التعلق بمحك خارجي، وصدق التكوين بمؤشرات الاتساق الداخلي، وتراوح الارتباط بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ما بين ٠.٦ – ٩٠ (أسامة محمد الغريب، ٢٠٠٣، ص ص ١١٧- ١٢٢).

٢- اختبار حل المشكلات الاجتماعية:.

وهو من إعداد أسامة محمد الغريب (٢٠٠٣)، ويتكون من ٥٤ بنداً، تقيس مهارات حل المشكلات الاجتماعية من خلال خمسة أبعاد. وذلك على النحو التالى:.

أ- مقياس التوجه نحو المشكلات الاجتماعية: ويقيس هذا البعد مدى حساسية الفرد لمشكلات الحياة، ومدى تأثره بالحالة الانفعالية عند مواجهته للمشكلة، ومدى دافعيته فى القيام بمحاولات عديدة لمواجهة المشكلة، وقدرته على تحديد بعض العوامل التى من شأنها أن تيسر حلها.

ب- مقياس تحديد المشكلة وصياغتها· ويكشف عن مدى كفاءة الفرد فى التفاعل مع الحقائق والمعلومات المتاحة عن المشكلة، وصياغة المشكلة بصورة واضحة وتحديد العوامل ذات الصلة بها، ووضع مجموعة من الأهداف الواقعية لحلها، وأيضاً، تحديد العوامل والظروف التى تمكنه من هذا الحل.

ج- مقياس توليد بدائل حل المشكلة: ويقيس القدرة على إنتاج أكبر عدد ممكن من الحلول والأفكار التى تمكن الفرد من التغلب على المشكلة.

د- مقياس اتخاذ القرار: ويقيس هذا البعد كفاءة الفرد فى اختيار الحل الملائم للمشكلة ومدى نجاحه فى التعامل مع مجموعة الاعتبارات التى تؤثر فى الحكم على مدى ملاءمة حل ما للمشكلة.

هـ - مقياس تنفيذ الحل والتحقق منه: ويهدف إلى قياس كفاءة الفرد فى تنفيذ حل للمشكلة وملاحظة النتائج المترتبة على تنفيذ الحل وتقييم كفاءته، وتقييم الدعم الذاتى المتمثل فى حل المشكلة.

وتتم الإجابة عن أسئلة الاختبار من خلال مقياس للشدة يتراوح ما بين ١- ٥ لكل بند ويتم الحصول على درجة لكل بعد من الأبعاد السابقة بشكل مستقل، ودرجة كلية لمهارة حل المشكلات الاجتماعية. وبلغت نسبة الاتفاق بين المحكين على المكونات الفرعية للاختبار ٨٩٪. وتراوحت معاملات ثبات ألفا ما بين ٠.٨٦ – ٠.٩٠، وأيضاً تم حساب وصدق التعلق بمحك وتراوح الارتباط بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ما بين ٠.٦، و ٠.٩ (المرجع السابق).

ثالثاً: أدوات استخدمت فى سياق البرنامج العلاجى:.

استخدمنا فى سياق البرنامج العلاجى الراهن عدداً من الأدوات بهدف تحديد بعض المشكلات النوعية والمواقف التى تعتبر من مثيرات الاكتئاب: والتى تنصب عليها التدخلات العلاجية بشكل مباشر؛ وبما أنها تعتبر تدخلات للاضطراب الاكتئابى، فهى تُعد أيضاً مُدخلات للعملية العلاجية سواء أكانت معرفية أم سلوكية، إلى جانب بعض الأدوات التى تعتبر من الوسائل المساعدة فى أداء الواجبات المنزلية وتحديد مدى إحراز التقدم فى العلاج، وبعض مؤشرات التحسن من جلسة إلى أخرى، وهذه الأدوات نفصلها فيما يلى:.

١– استخبار الأفكار الآلية (أعده للعربية الباحث):.

الأفكار الآلية هى مصطلح أطلقه بيك Beck على الأفكار والصور التى تظهر فى مجرى الوعى بشكل لاإرادى، ومقابل هذا المصطلح عدة مرادفات

منها: الجمل الداخلية، والجمل الذاتية، والأشياء التى تُحدث بها نفسك. (Beck, 2000, p. 9).

وتم وضع هذا الاستخبار لتقييم قدرة الفرد على تحديد وتقرير الأفكار الآلية التى تمر به (Ibid, p.35). وهو من إعداد كندال وهولون Kendal & Holon، وترجمة الباحث. ويتكون استخبار الأفكار الآلية من ٣٠ بنداً لقياس تكرار ومعدل صدور الأفكار الآلية عن الذات، والتى تؤدى دوراً مهماً فى نشأة واستمرار وعلاج أعراض مرضية نفسية مختلفة منها الاكتئاب. ويتضمن الاستخبار أربعة محاور هى: عدم التوافق، والتصورات السلبية عن الذات والتوقعات السلبية، وانخفاض تقدير الذات، والعجز المكتسب. ويتم الإجابة عن بنود الاستخبار على مقياس للشدة يتراوح ما بين ١- ٥، حيث تعنى الدرجة (١) عدم ورود الفكرة على الذهن مطلقاً، (٥) أنها تتكرر دائماً، وقد بلغ متوسط أداء الأفراد الأسوياء على الاستخبار ٤٨.٥٧ ± ١٠.٨٩، وبلغ متوسط أداء المكتئبين عليه ٧٩.٦٤ ± ٢٢.٢٩ (Fischer & Corcoran, 1994, p. 71-72).

واستخدم الاستخبار فى سياق البحث الراهن بهدف استكشاف أكثر الأفكار الآلية وروداً على ذهن المريض، وأكثرها إزعاجاً له، وتعكيراً للمزاج، وذلك تمهيداً لمعالجة هذه الأفكار، وتعليم المريض كيفية التصدى لها، وللأفكار الشبيهة أيضاً، أو الجديدة فى مختلف المواقف الحياتية حتى بعد انتهاء العلاج.

٢- استخبار اختلال الاتجاهات بصورتيه ا، ب (أعده للعربية محمد نجيب الصبوة):.

يشير محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٣) إلى أن هناك نوعين من الاعتقادات والاتجاهات: أ) اعتقادات واتجاهات منطقية ومتعقلة، وفى الغالب تصحبها حالات وجدانية ملائمة للموقف، وتنتهى بالفرد إلى مزيد من النضج الانفعالى، العقلى، والاجتماعى، ومزيد من الخبرة، والنشاط الإيجابى. ب) اعتقادات لا

منطقية وغير عقلانية يصحبها اضطرابات مزاجية وانفعالية؟ ومعرفية، كالاكتئاب، والقلق، والرهاب الاجتماعى، والمخاوف المرضية. (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣).

وهذه المعتقدات والاتجاهات المشوهة الخاصة بالفرد هى التى توجه تقييماته وتفسيراته للمواقف التى يمر بها، بل ويفسر عن طريقها سلوكه الشخصى، وتعتبر ذات أهمية كبيرة فى الاستهداف للاكتئاب، حيث تعتبر أكثر عمقاً، وثباتاً من الأفكار الآلية فى ارتباطها بالنوبة الاكتئابية. (Seagal, et al., 1999).

ويتكون المقياس والذى أعده محمد نجيب الصبوة (٢٠٠١) من صورتين: الصورة (أ) للكشف عن التضخيم والمبالغة والتعميم وأنماط التشويهات المعرفية والانفعالية فى الاتجاه الإيجابى نحو الذات والآخرين والمستقبل، والصورة (ب) وهى على العكس من الصورة (أ) تماماً، وكلتاهما تكشف عن الإدراكات والمعتقدات والآراء المعرفية والاتجاهات المشوهة، سواء أكانت فى اتجاه سلبى أم إيجابى.

وتتكون كل صورة من ٤٠ بنداً يتم الإجابة عنها على مقياس للشدة يتراوح ما بين ١- ٥ ويتدرج من الرفض التام إلى الموافقة التامة. وقد بلغ معامل ثبات ألفا للمقياس ٠.٨٠ (محمد مجيب الصبوة، ٢٠٠١؛ Hammen, et al., 1995).

٣- قائمة النشاطات السارة:.

يذكر أرجايل أن هناك ما يشير إلى أن التفكير فى حدث سار قريب العهد، له تأثير قوى على الحالة المزاجية أو الشعور بالرضا عن الذات، وبناءً على هذه الفكرة قام عديد من المعالجين السلوكيين بتكوين أساليب وأدوات متنوعة بهدف التخفيف من الاكتئاب وتعديل المزاج بشكل إيجابى. وفى هذا الصدد قام لوينسون "Lewinson" بسؤال عينات كبيرة من مختلف أفراد المجتمع عن النشاطات الإيجابية أو الأحداث التى أثارت فيهم شعوراً بالبهجة والسرور، على أن يدون كل منهم عشرة من هذه النشاطات أو الأحداث، ومن خلال

أداءاتهم كوّن قائمة اشتملت على ما يربو عن الثلاثمائة حدث أطلق عليها قائمة النشاطات السارة Pleasant Events Schedule (PES). وتوجد فروق فردية كبيرة فى إدراك الأفراد لما هو حدث سار ولذلك فإن لكل فرد منا مجموعة نشاطاته الخاصة التى يعتبرها سارة بالنسبة له، ولذلك فمن الأفضل أن يكتشف كل فرد قائمته الخاصة من هذه الأحداث والنشاطات. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨).

وهدف قائمة النشاطات السارة، (من إعداد محمد نجيب الصبوة).مساعدة المريض على اكتشاف أنشطته السارة وإن لم تكن موجودة بالقائمة التى معه، ويمكن أن يضيف أو يبتكر أى نشاطات سارة أخرى خاصة به تبعث على السرور، وبعد ذلك يقوم بتحديد عدد من النشاطات التى لا يتجاوز عددها ٥- ٦ نشاطات يمكن أن يقوم بها على مدى الأسبوع وبشكل عمدى بهدف تعديل المزاج الاكتئابى، ثم يقوم بتحديد مدى شعوره بالاكتئاب، أو التحسن فى المزاج قبل وبعد ممارسته لهذه النشاطات بإعطاء درجة من عشرة.

٤- جداول المراقبة الذاتية:.

استخدمت هذه الجداول فى السياق العلاجى كأحد الأساليب السلوكية للمراقبة الذاتية لسلوك الفرد، ومشاعره، وأفكاره، وتشمل كلاً من:.

١- جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية.

٢- جداول المراقبة الذاتية لمشاعر الانزعاج.

٣- جداول المراقبة الذاتية للاسترخاء والتوتر.

وسيرد نماذج من هذه الجداول فى ملاحق الدراسة.

الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:.

أولاً: الثبات:.

يشير الثبات إلى مدى قابلية الدرجة المقيسة لإعادة إنتاجها من جديد (كريس باركر، ١٩٩٩، ص ١٠٩، مترجم). وقد قمنا بحساب ثبات أدوات الدراسة المستخدمة فى التقدير النفسى الإكلينيكى لتحديد خط الأساس ومتابعة التحسن باستخدام معاملات ألفا، على عينة من ٢٥ مريضاً، والجدول التالى يوضح معاملات ثبات أدوات الدراسة.

جدول (٥)

معاملات ثبات الفا لأدوات الدراسة (ن = ٢٥)

الأدوات	عدد البنود	معاملات ألفا
قائمة بيك.	٢١.	٠.٧٨.
قائمة هاميلتون.	١٧.	٠.٧٩.
توكيد الذات.	٤٣.	٠.٦٧.
حل المشكلات.	٥٤.	٠.٧٤.
استخبار الأفكار الآلية.	٣٠.	٠.٠.٨٦
الاتجاهات المختلة (أ).	٤٠.	٠.٧٥.
الاتجاهات المختلة (ب)	٤٠	٠.٦٥

ويوضح الجدول السابق أن معاملات الثبات لمقاييس الدراسة تراوحت ما بين ٠.٦٥ و ٠.٨٦ وتعتبر معاملات الثبات مرضية بالنسبة لتلك المقاييس.

ثانياً: الصدق.

يشير الصدق إلى ما إذا كان المقياس يقيس ما يفترض أنه يقيسه. ويعتبر الثبات شرطاً ضرورياً للصدق ولكنه ليس كافياً فى حد ذاته، فلكى يكون المقياس صادقاً يجب أولاً أن يكون ثابتاً (كريس باركر وآخرون، ١٩٩٩، ص١١٦، مترجم). وتم استخدام عدة طرق لحساب صدق الأدوات كما يلى:.

أولاً: الصدق الظاهري.

ويعنى أن البنود تبدو مناسبة فى ظاهرها لقياس المفهوم المراد قياسه (المرجع السابق) وتبعاً لهذا المفهوم، فإن أدوات الدراسة تتمتع بدرجة مناسبة من الصدق الظاهرى حيث تتسم بسهولة الصياغة ومباشرة، ودرجة جيدة من الوضوع سواء بالنسبة للبنود أو للتعليمات الخاصة بكل مقياس على حدة، وأيضاً تتعامل مع أعراض، وجوانب اضطراب محددة ونوعية يمكن التعبير عنها بالبنود الفرعية لكل مقياس.

ثانياً: صدق الارتباط بمحك:.

ويشير هذا المفهوم إلى أي مدى أو درجة يرتبط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به (المرجع نفسه) ولذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل من مقياسي الاكتئاب الحاليين المستخدمان فى الدراسة حيث يتمتع كل منهما بدرجة مناسبة من الثبات، إلى جانب أنهما يقيسان نفس الأعراض المرضية، وبلغ الارتباط بينهما ٠.٥٥ وكان الارتباط دالاً عند مستوى ٠.٠٥ مما يشير إلى صدق كل منهما ارتباطاً بالآخر.

جدول (٦) يوضح الارتباط بين مقاييس الدراسة المختلفة

المقياس	بيك	هاميلتون	توكيد الذات	حل المشكلات	الأفكار الآلية	اختلال الاتجاهات (أ)	اختلال الاتجاهات (ب)
بيك	–						
هامليتون	*٠.٥٤٧	–					
توكيد الذات	٠.١٧٨	٠.٢٣٩	–				
حل المشكلات	٠.٠٥٩	٠.٣٤٨	*٠.٥٠٨	–			
الأفكار الآلية	٠.٣٨٥	٠.٣٨٢	٠.٢٨٩	٠.١٤٣	–		
إختلال الاتجاهات (أ)	*٠.٨٨١	٠.٢١٨	٠.٣٦١	٠.٤٢١	*٠.٧٥٠	–	
إختلال الاتجاهات (ب)	٠.٥٦٠	٠.١٣٠	٠.٧٤	٠.٦٨٥	٠.٠٤٨	*٠.٤٨٥	–

❖ دال عند ٠.٠٥.

ويشير الجدول السابق إلى وجود ارتباط إيجابي بين كل من:.

١- قائمة بيك وقائمة هاميلتون لأعراض وشدة الاكتئاب مما يفيد صدق تشابه مضمون كلا القائمتين في قياس أعراض وشدة الاكتئاب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية.

٢- مقياس توكيد الذات وحل المشكلات حيث أنهما مكونان من مكونات الكفاءة الاجتماعية ويمثلان للجوانب المرتبطة بالاكتئاب.

٣- اختلال الاتجاهات (أ) مقياس بيك، وأيضاً الأفكار الآلية مما يعني تشابه مضمون الاضطراب المعرفي وعلاقته بشدة وأعراض الاكتئاب.

٤- أ، ب من مقياس الاتجاهات المختلفة.

ويعد الارتباط السابق أيضاً بمثابة صدق لمضمون ومنطق اختيار وأدوات الدراسة، كما تم تصنيفها سابقاً على أنها:.

١- مقاييس قياس شدة وأعراض الاكتئاب (بيك، وهاميلتون).

٢- مقياس قياس الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب (توكيد الذات وحل المشكلات).

٣- الأدوات المستخدمة فى سياق البرنامج العلاجي، (الاتجاهات المختلفة، والأفكار الآلية).

صدق المحكمين.

وقد قمنا بحساب صدق المحكمين[٤] لكل من مقياس اختلال الاتجاهات بصروتين (أ) و (ب) واستخبار الأفكار الآلية، وقد طلب الباحث

(٤) ويتوجه الباحث بالشكر لكل من الدكتور الحسين عبد المنعم، والدكتور أسامة الغريب على ما بذلاه من جهد في تحكيم أدوات الدراسة.

من المحكمين إعطاء درجة للشدة تتراوح بين ١ – ٣ على كل بند من بنود الأدوات السابقة وذلك معبراً عن مدى تمثيل البنود لما بقية الأداة، وتم حساب نسب الاتفاق بين المحكمين كما هو موضح بالجدول.

جدول (٧)

يوضح نسب الإتفاق بين المحكمين على بعض أدوات الدراسة

م	الأخبار	نسبة الاتفاق
١	استخبار الأفكار الآلية	%٩٠
٢	الاتجاهات المختلفة (أ)	%٨٨
٣	الاتجاهات المختلفة (ب)	%٨٥

رابعاً: البرنامج العلاجي: .

تم تقديم البرنامج كاملاً فى الجزءالأول من الكتاب.

إجراءات الدراسة:.

١- تم تحكيم البرنامج العلاجى من قبل أساتذة متخصصين فى مجال علم النفس والعلاج النفسي قبل البدء فى تنفيذه على المرضى بالتجربة الأساسية(٥) .

٢- تم تطبيق البرنامج بعد تحكيمه على اثين من مرضى الاكتئاب لبيان مدى كفاءته الوظيفية، وملاءمته للتنفيذ الفعلى على العينة الأصلية، والوقوف على أوجه القصور والنقص وتلافيها.

٣- تم تنفيذ البرنامج خلال الفترة من شهر مارس ٢٠٠٢ حتى شهر سبتمبر ٢٠٠٣ على المجموعات الثلاث موضع الدراسة، متضمناً فترات المتابعة.

٤- كان يتم استقبال الحالات بناءً على تشخيص الطبيب، وإجراء مقابلة مبدئية لاختيار الحالة، واكتشاف مدى دافعيتها للعلاج النفسى، وبناءً على هذه المقابلة يتم تصنيف الحالات فى إحدى المجموعات الثلاث.

(٥) يتوجه الباحث لكل من الأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة، والدكتور الحسين عبدالمنعم، والدكتور أسامة الغريب لما بذلوه من جهد فى تحكيم البرنامج العلاجى.

٥- تم تنفيذ البرنامج على المجموعات الثلاث بشكل متوازٍ وذلك اختصاراً وتوفيراً للوقت، مع التركيز على مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، حيث لا يربطها بالعلاج سوى حاجتها له، والمعالج نفسه.

٦- تلقت كل من مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، ومجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى، ست عشرة جلسة علاجية بالإضافة إلى جلستى المتابعة، وكان يتم تحديد مواعيد جلسات المتابعة أثناء آخر جلسة علاجية.

٧- تلقى أفراد مجموعتى العلاج المعرفى السلوكى الجلسات العلاجية بواقع جلسة أو جلستين أسبوعياً حسب ظروف الحالة، وبناءً على هذا الإجراء كان يتم تحديد فترة المتابعة بضعفى فترة العلاج المستغرقة، فكان تنفيذ البرنامج بالنسبة لمن تلقى جلسة واحدة أسبوعياً يستغرق ١٢ أسبوعاً، ولمن تلقى جلستين أسبوعياً ٧ أسابيع.

٨- حرص المعالج على أن يكون الأسبوع الأول متضمناً ثلاث جلسات بفاصل زمنى يوم واحد ـ وذلك ضمن إجراءات البرنامج الفعلية ـ بهدف استكشاف مدى دافعية الحالة لتلقى العلاج، ومدى استعدادها للمواظبة والانتظام بالبرنامج، وغالباً ما كان تسرب الحالات يحدث خلال هذه المرحلة.

٩- حرص المعالج على زيادة عدد أفراد مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، كإجراء وقائى تحسباً لحدوث تسرب لبعض الحالات، وعلى الرغم من ذلك الإجراءات فإن هذه المجموعة كانت أقل المجموعات عدداً، وحققت أعلى نسبة تسرب فى المجموعات الثلاث.

١٠- لم يتم إدراج بيانات حالات التسرب ضمن النتائج الحالية للدراسة لانقطاع الصلة بالمعالج، وعدم توفر بيانات كافية، وعدم تلقى عدد مناسب من الجلسات العلاجية، وعدم إجراء جلسات المتابعة وعدد هذه

الحالات ست حالات (٤ من المجموعة الأولى وواحد من كل مجموعة من المجموعتين الثانية والثالثة).

خطة التحليلات الإحصائية:.

تكونت عينة الدراسة الإجمالية من سبعة عشر مشاركاً، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تجريبية، ونظراً لصغر حجم كل مجموعة فإن استخدام الأساليب الإحصائية المعلمية Parametric statistics لا يصلح فى هذه الحالة، لذلك استخدمنا الأساليب الإحصائية اللامعلمية Non-parametric statistics' للتحقق من فروض الدراسة الحالية، واستخدمنا كل من:.

١- اختبار مان ويتنى ويلكوكسون للرتب:.

اختبار مان وتينى وويلكوكسون Mann-whitney-wilcoxam rank sum test هو أحد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية (اللابارامترية) التى تسعى إلى التحقق من أن العينتين مسحوبتان من مجتمعين مختلفين، أو توزيعين مختلفين، وهو يختبر الفروق بين مجموعتين لهما مشاهدات متعددة تحت ظروف تجريبية مختلفة.

٢ - اختبار فريدمان لتحليل التباين فى اتجاهين باستخدام الرتب:.

اختبار فريدمان Friedman two-way analysis of variance by ranks يقابله فى الإحصاء المعلمية أسلوب تحليل التباين فى اتجاهين، وهو يتعامل مع عدد من المشاهدات (ك) لعينة مكونة من (ن) من الأفراد، وكل بيان يخضع لظروف تجريبية متعددة، ويتم اختباره تحت هذه الظروف التجريبية (Ferguson, 1982, p. 408-412).

واشتملت خطة التحليل الإحصائى للبيانات على ما يلى:.

أولاً: الفروق بين المجموعات على مختلف أدوات الدراسة:.

وتضمنت ما يلى:.

١- الفروق بين المجموعات فى خط الأساس (القياس القبلى).

٢- الفروق بين المجموعات فى القياس البعدى (بعد انتهاء البرنامج العلاجى).

٣- الفروق بين المجموعات بعد فترة المتابعة الأولى.

٤- الفروق بين المجموعات بعد فترة المتابعة الثانية.

ثانياً: الفروق داخل المجموعات عبر المراحل المتتابعة للبرنامج العلاجى:. وتضمنت ما يلى:.

١- الفروق داخل المجموعة الأولى عبر مختلف مراحل البرنامج.

٢- الفروق داخل المجموعة الثانية عبر مختلف مراحل البرنامج.

٣- الفروق داخل المجموعة الثالثة عبر مختلف مراحل البرنامج.

وسنعرض في سياق الفصل التالى لهذه النتائج تفصيلاً باستخدام الجداول الإحصائية التلخيصية والأشكال البيانية.



الفصل السابع

عـرض النتـائـج

يهدف الفصل الراهن إلى عرض نتائج الدراسة وفقاً لعدد من المحاور وذلك على النحو التالى:.

أولاً: نتائج الفروق بين المجموعات الثلاث فى الأداء على اختبارات الدراسة التى من خلالها نتابع مقدار التحسن بين المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية باستخدام اختبار مان ويتنى ويلكوكسون للفروق بين المجموعات الصغيرة.

ثانياً: نتائج الفروق داخل المجموعات الثلاث ـ كل مجموعة على حدة ـ فى الأداء على أدوات الدراسة لمتابعة التحسن لكل مجموعة عبر المراحل العلاجية المتتالية باستخدام اختبار فريدمان وذلك على النحو التالى:.

أ- الفروق داخل المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط) بين القياسات المتعددة عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ب- الفروق داخل المجموعة الثانية (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى) بين القياسات عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ج- الفروق داخل المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج الدوائى الطبى فقط) بين القياسات عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ثالثاً: عرض لمسار التحسن على المكونات الفرعية لكل من مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب لدى المجموعات الثلاث.

وسنعرض لهذه النتائج تفصيلاً فيما يلى:.

أولاً: نتائج الفروق بين المجموعات فى الأداء على اختبارات الدراسة المستخدمة لمتابعة التحسن لدى المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية:.

يعرض جدول (٨) للمتوسطات والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس الدراسة لدى كل مجموعة ودلالة الفروق كما هو مبين بالجدول.

يوضح الجدول السابق عدداً من النتائج؛ وهى:.

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة فى القياس القبلى (خط الأساس). ويشير ذلك إلى تكافؤ العينات الثلاث فى مستوى شدة الاضطراب، وبالتالى توحيد خط الأساس لدى المجموعات العلاجية، وإمكان متابعة النتائج المترتبة على التدخل العلاجى.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء البعدى (بعد انتهاء البرنامج العلاجى) أو المتابعة الأولى. وبفحص المتوسطات نلحظ تحسناً متقارباً لدى المجموعات الثلاث.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث فى الأداء على اختبارات الدراسة فى فترة المتابعة الثانية وذلك على النحو التالى:.

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ فى الأداء على مقياس بيك للاكتئاب، بين المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى). وكانت الفروق في اتجاه تحسن المجموعة الثانية بالمقارنة بالمجموعة الأولى.

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بين المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط) والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج الدوائى فقط) وكان اتجاه الفروق لصالح المجموعة الأولى وذلك فيما يتعلق بالأداء على مقياس بيك للاكتئاب، مما يشير إلى أن التحسن لدى المجموعة الأولى أعلى مما هو عليه لدى المجموعة الثالثة.

ج- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة فيما يتعلق بالأداء على مقياس بيك

للاكتئاب، مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى، أفضل مما هو عليه لدى مجموعة العلاج الدوائى فقط.

د- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين أداء المجموعة الأولى، وأداء المجموعة الثالثة على مقياس هاميلتون للاكتئاب، وكانت الفروق فى اتجاه تحسن مجموعة (العلاج المعرفى السلوكى فقط) مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أفضل من مجموعة العلاج الدوائى فقط.

هـ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بين المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة فى الأداء على مقياس هاميلتون، وكانت الفروق فى اتجاه تحسن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى، مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أفضل من مستوى التحسن لدى مجموعة العلاج الدوائى فقط.

و- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ فى الأداء على مقياس توكيد الذات بين مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى (الثانية)، ومجموعة العلاج الدوائى فقط (الثالثة)، وكانت الفروق فى اتجاه تحسن المجموعة الثانية، مما يشير إلى مستوى تحسن أفضل من المجموعة الثالثة.

ز- لا توجد فروق بين المجموعتين الأولى والثانية، والأولى والثالثة فيما يتعلق بالأداء على مقياس توكيد الذات.

ح- لا توجد فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء على مقياس حل المشكلات.

وتشير النتائج السابقة بوجه عام إلى عدد من النقاط نجملها فيما يلى:.

١- يوجد مستوى عام من التحسن لدى المجموعات الثلاث محل الدراسة بعد انتهاء مرحلة العلاج والمتابعة الأولى، وذلك على الرغم من عدم بلوغ الفروق بين المتوسطات مستوى الدلالة الإحصائية.

٢- ظهرت الفروق بين المجموعات الثلاث بعد مرور فترة المتابعة الثانية. وبفحص المتوسطات نجد أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى كانت أفضل المجموعات وأكثرها تحسناً بشكل عام، يلي ذلك مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وأخيراً مجوعة العلاج الدوائي.

٣- يمكن ترتيب المجموعات ترتيباً تنازلياً تبعاً لمستوى التحسن كالتالى:.

أ- مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى (المجموعة الثانية).

ب- مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط (المجموعة الأولى).

ج- مجموعة العلاج الدوائى الطبى فقط (المجموعة الثالثة).

٤- أظهرت النتائج أن التحسن فى الأعراض المرضية المزاجية والجسمية لدى المجموعات الثلاث أفضل من التحسن فى الجوانب الخاصة بالكفاءة الاجتماعية والمتمثلة فى مؤشرى توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية.

ويمكن أن نلخص النتائج الخاصة بالفروق بين المجموعات في ضوء تحقق فروض الدراسة على النحو التالى:.

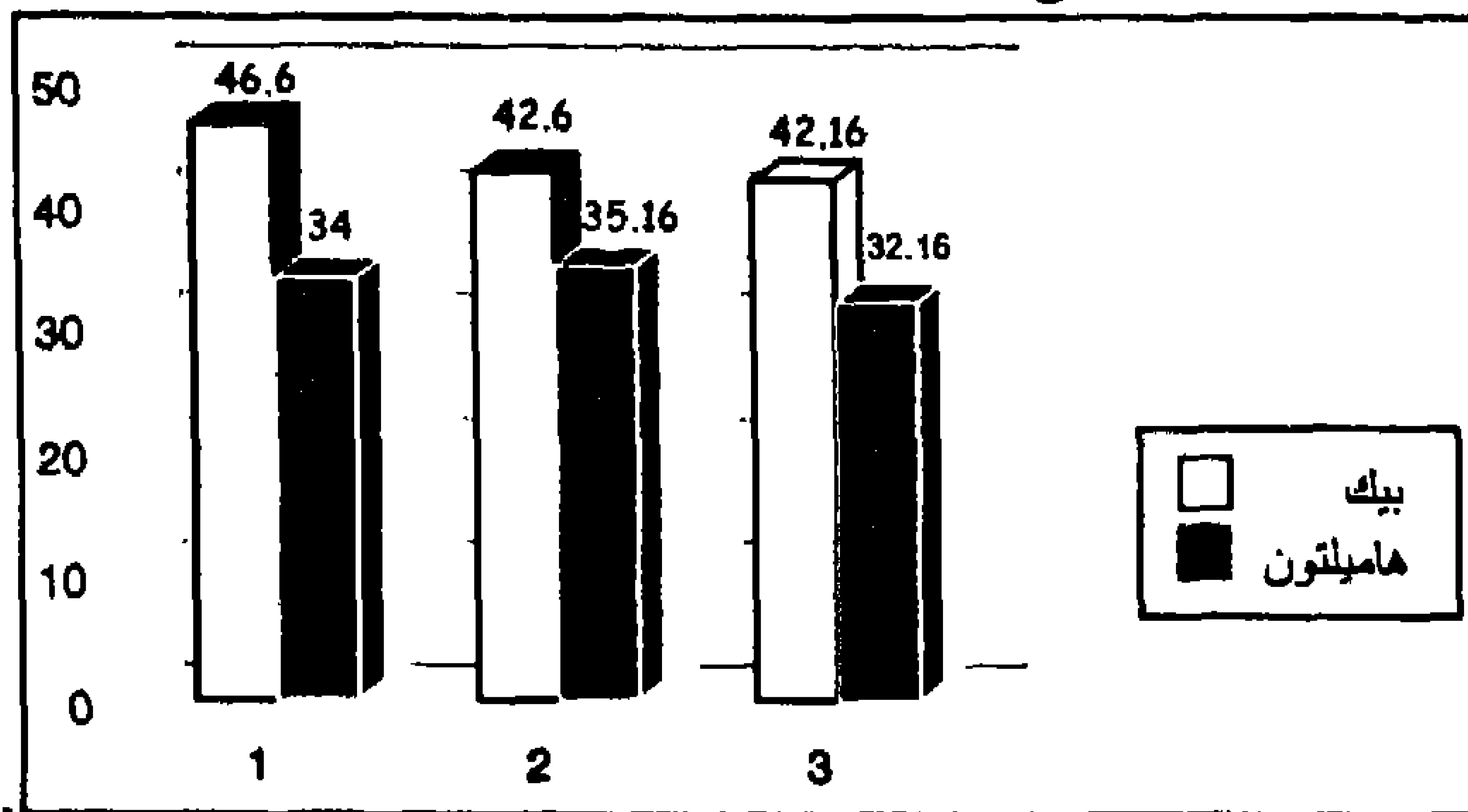
١- عدم تحقق الفرض القائل بوجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج.

٢- عدم تحقق الفرض القائل بوجود فروق بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً خلال فترة المتابعة الأولى.

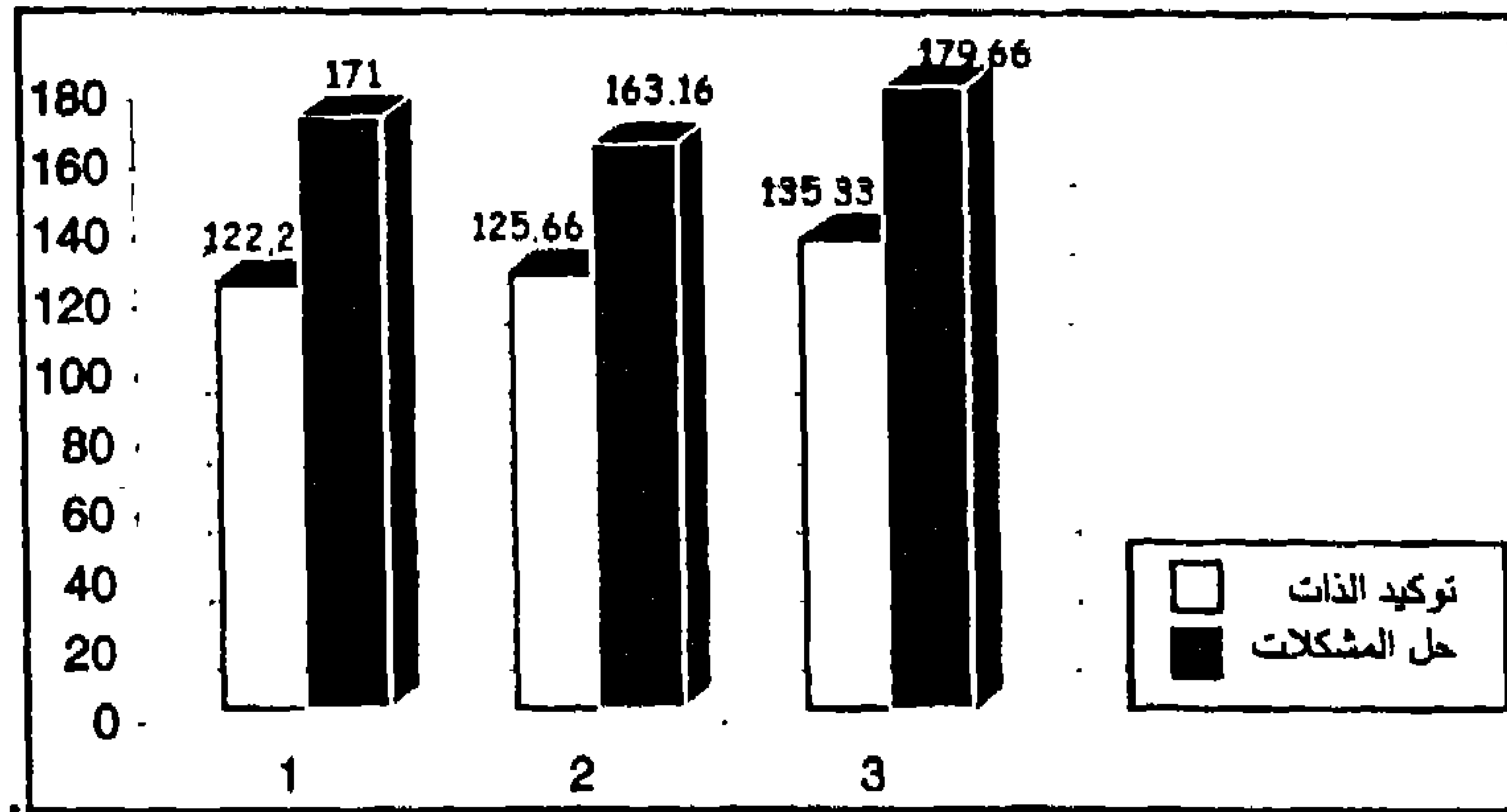
٣- تحقق الفرض الخاص بوجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً– سواء أكان منفرداً أم بالإضافة للعلاج الدوائى - ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فقط خلال فترة المتابعة الثانية.

٤- تحقق الفرض الخاص بتفوق التصاحب بين نوعي العلاج على كل من نوعي العلاج منفرداً خلال فترة المتابعة الثانية –ولم يتحقق ذلك الفرض بالنسبة للمتابعة الأولى أو القياس البعدي- فيما يتعلق بمستوى التحسن.

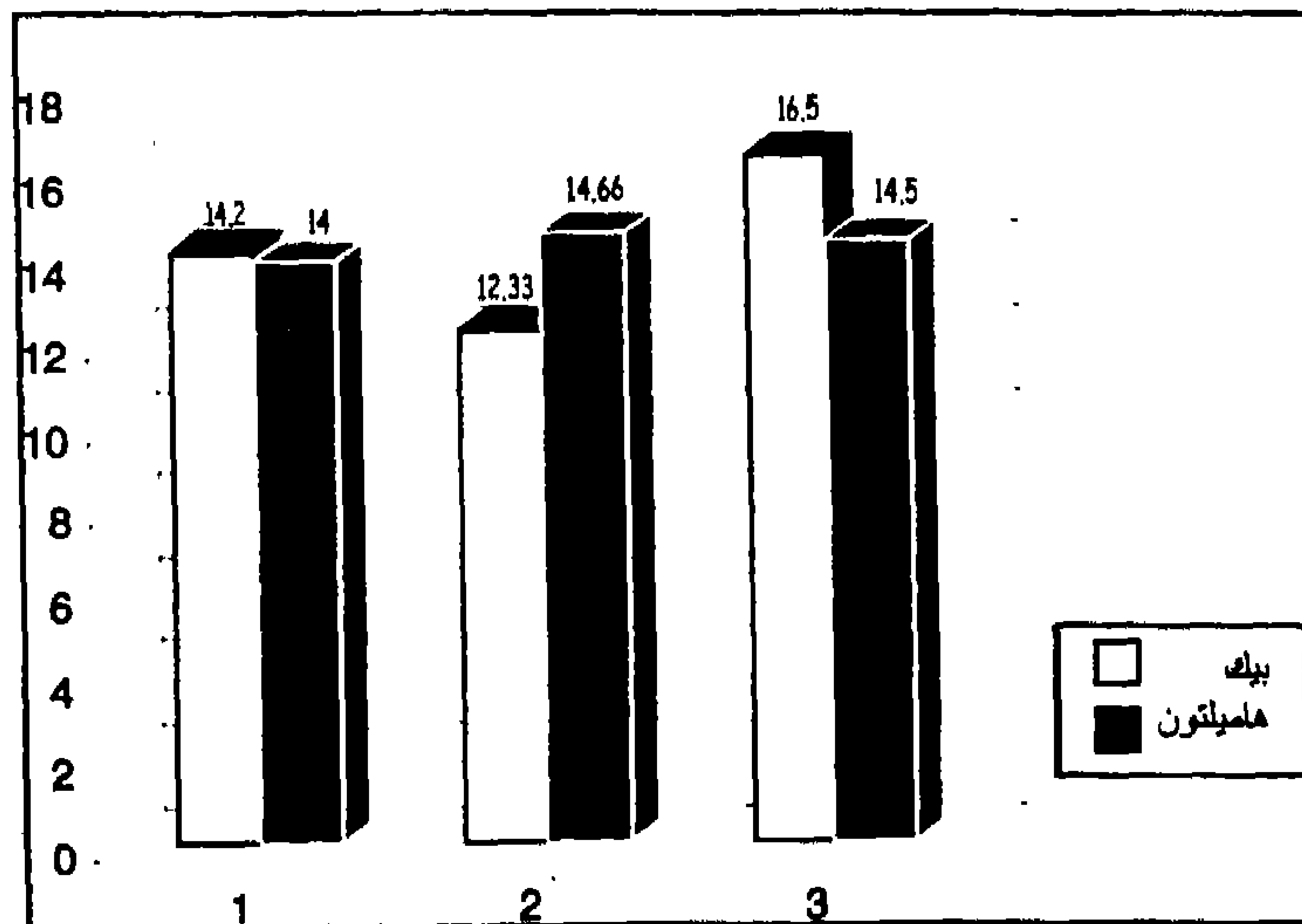
وسوف يتم تفسير هذه النتائج في سياق الفصل الأخير من الكتاب.



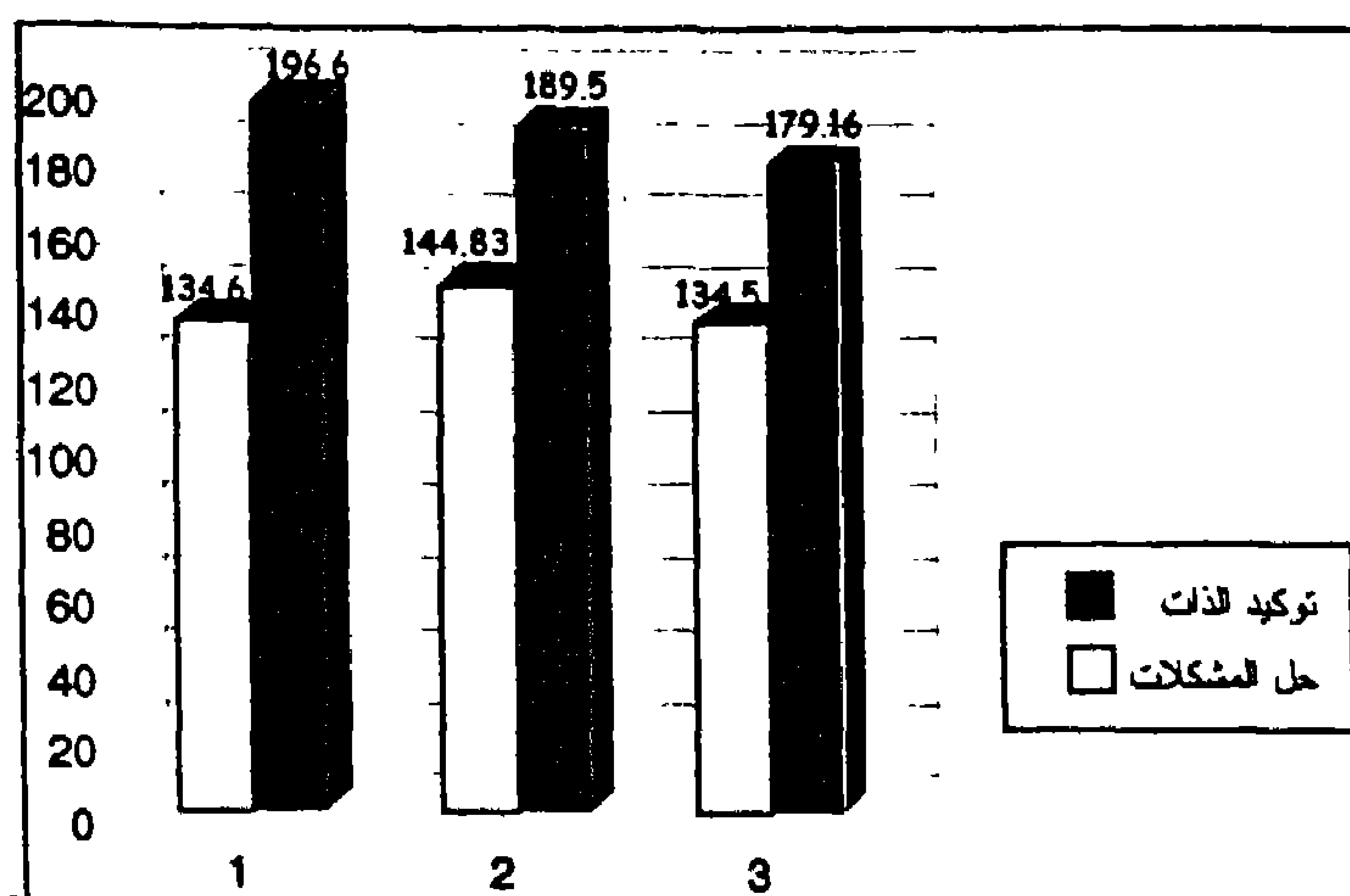
شكل (٧) متوسطات اداء المجموعات الثلاث على كل من مقياسي بيك، وهاميلتون قبل العلاج (خط الأساس).



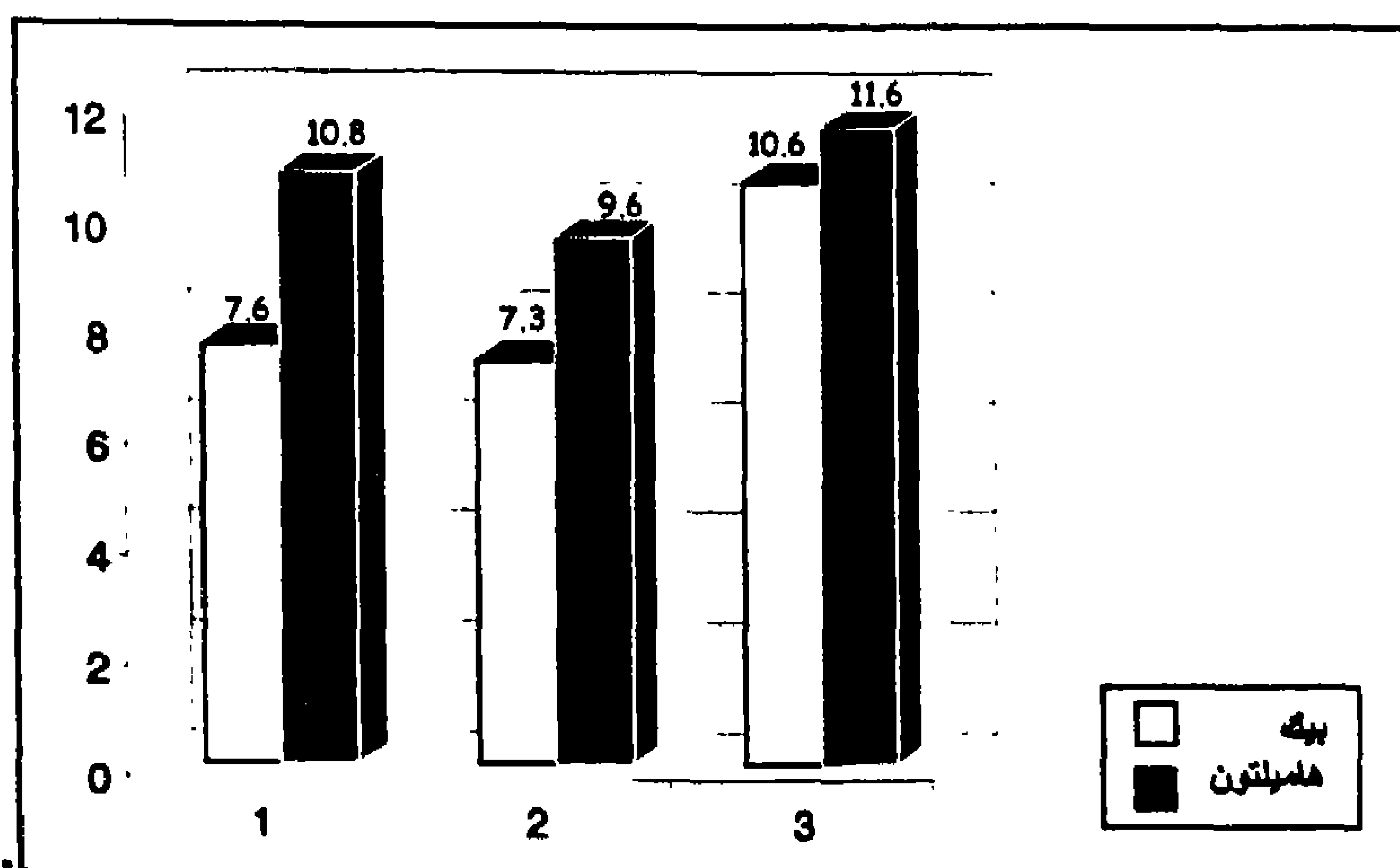
شكل (٨) متوسطات أداء مجموعات الدراسة على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات قبل العلاج (خط الأساس).



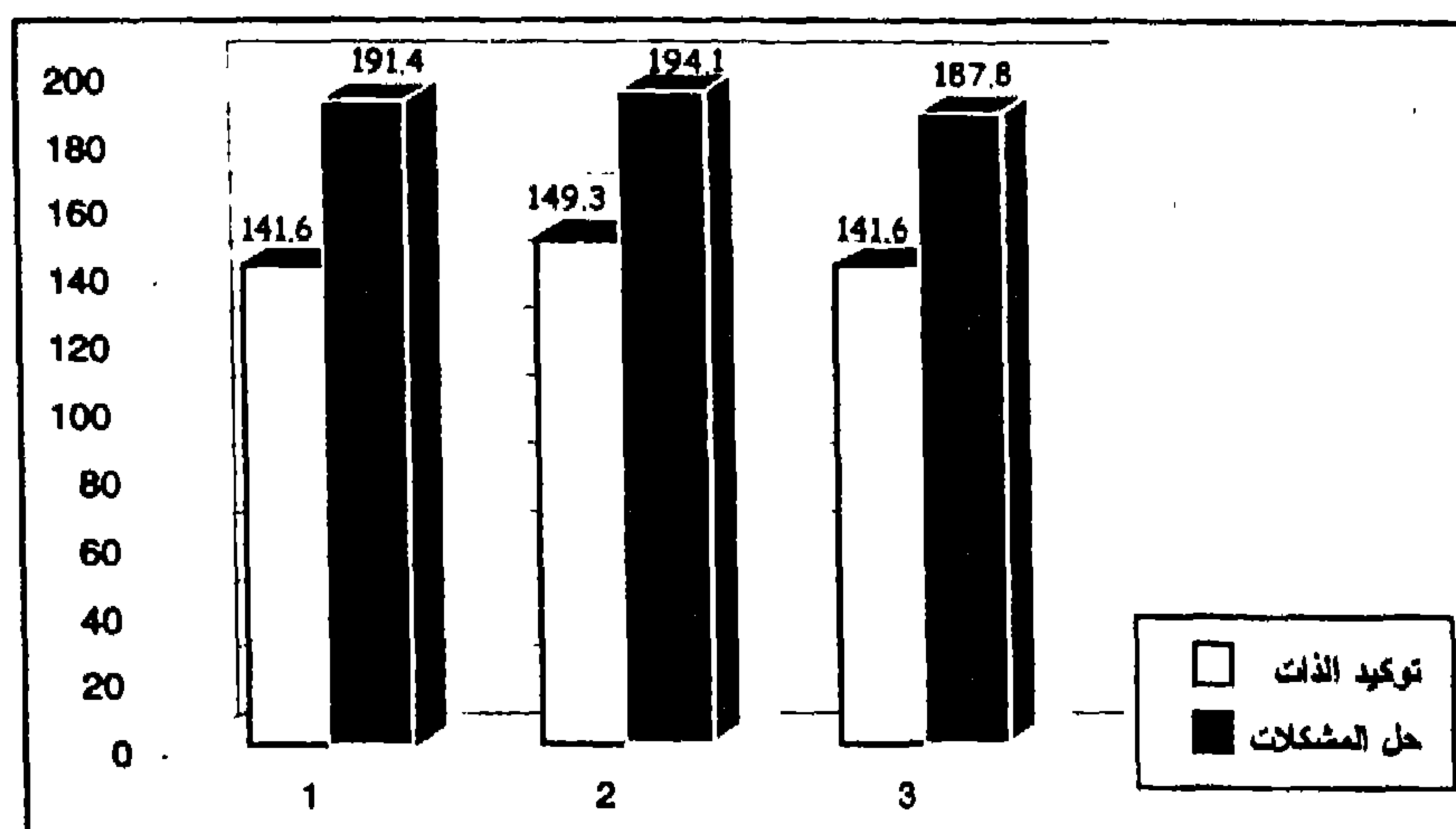
شكل (٩) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون في القياس البعدى (بعد انتهاء العلاج) .



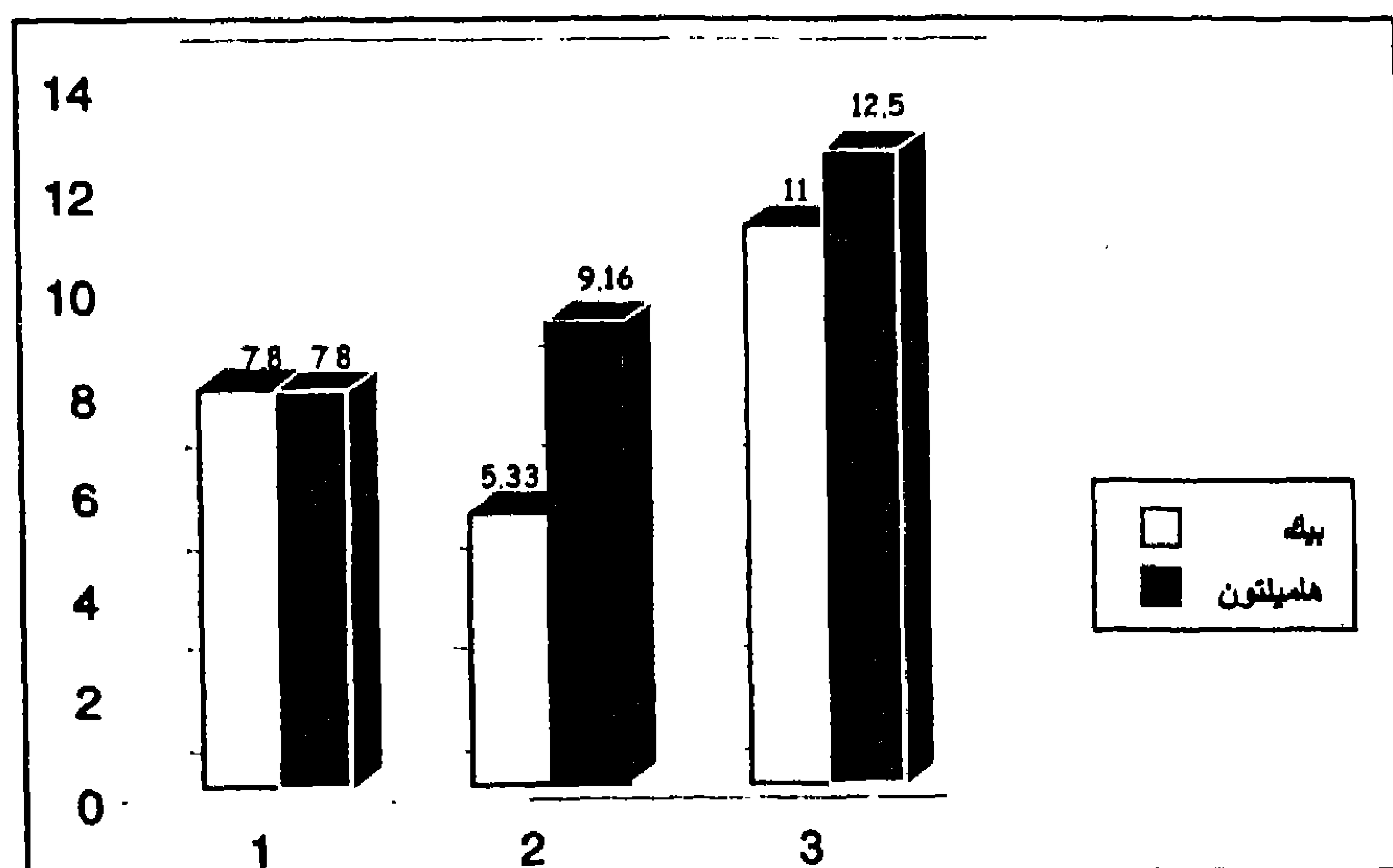
شكل (١٠) أداء المجموعات الثلاث على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات في القياس البعدي (بعد انتهاء العلاج).



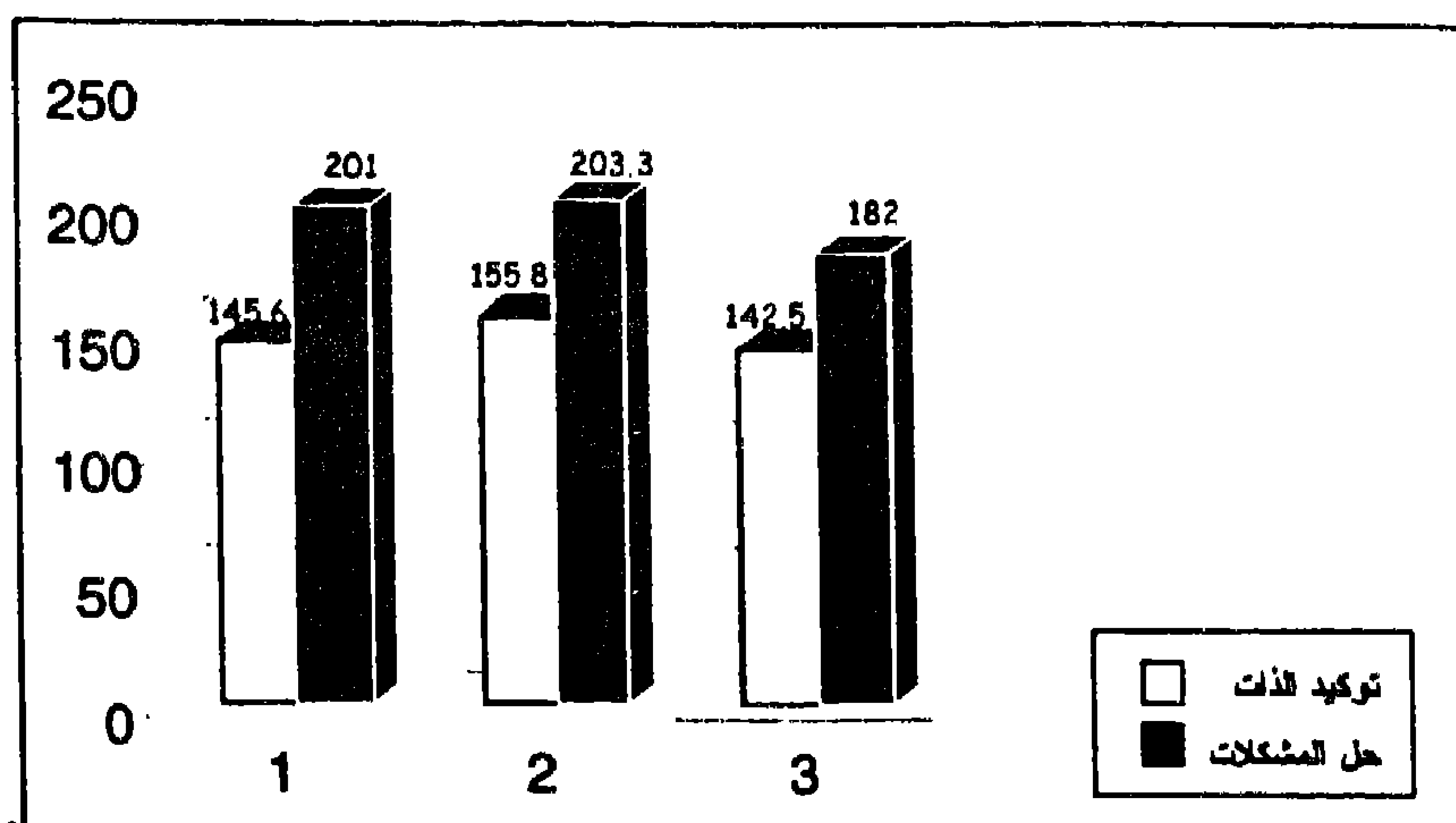
شكل (١١) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب في المتابعة الأولى.



شكل (١٢) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات في المتابعة الأولى.



شكل (١٣) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسn بيك وهاميلتون في المتابعة الثانية.



شكل (١٤) على اختبارات الدراسة لمتابعة التحسن داخل كل مجموعة على حدة عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار فريدمان.

١- الفروق داخل المجموعة الأولى (العلاج المعرفى السلوكى فقط):.

سنعرض فى هذا الجزء لنتائج أداء مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط على أدوات الدراسة، عبر المراحل العلاجية لمتابعة التحسن باستخدام اختبار فريدمان، ويوضح جدول (٩) هذه النتائج.

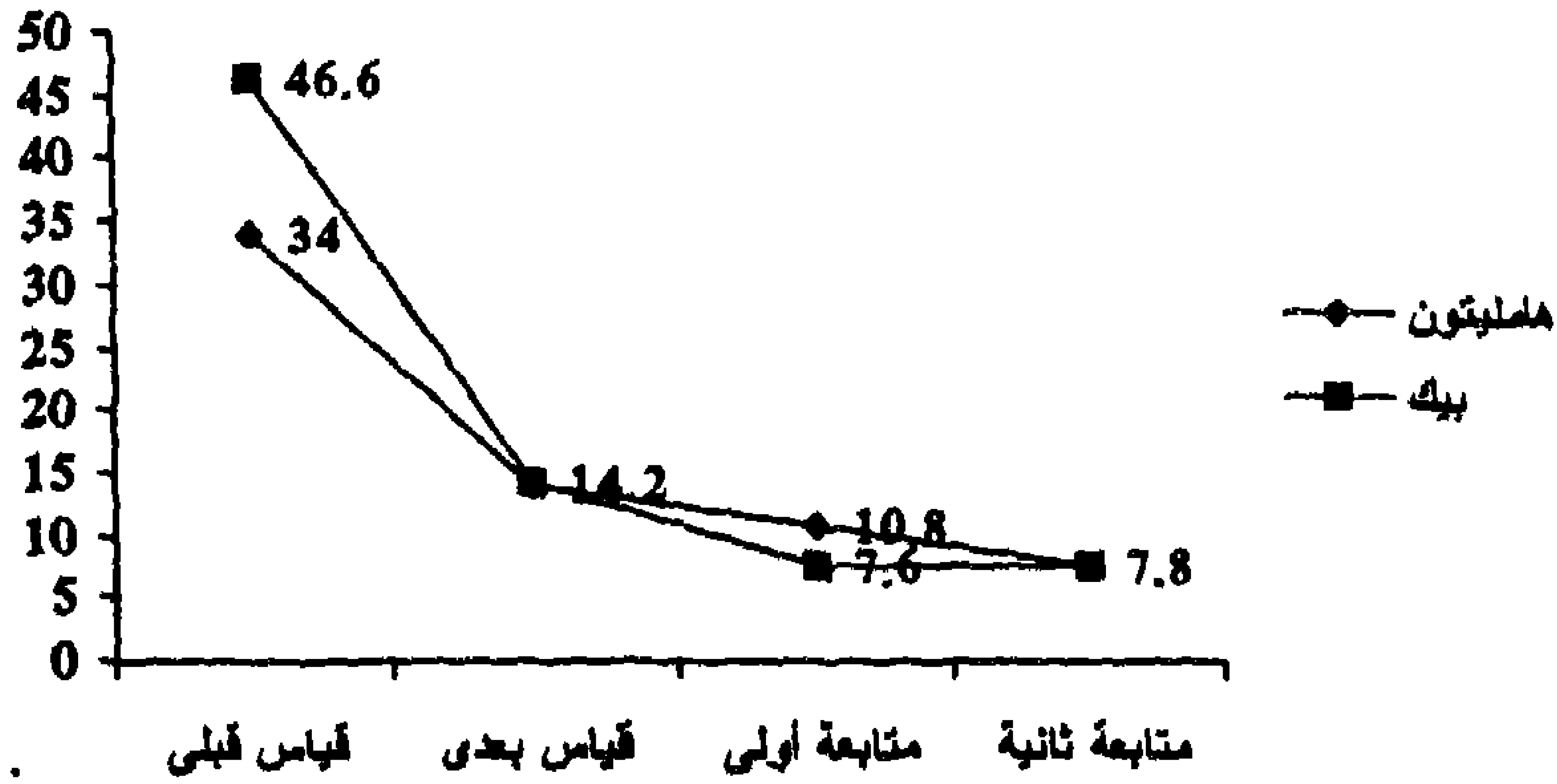
بفحص البيانات والنتائج الواردة فى الجدول السابق؛ يمكن الخروج بما يلى:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين الأداءات الأربعة للمجموعة. وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن مطرد عبر المراحل العلاجية على مقياس بيك.

٢- توجد فروق ذات دلالة عند مستوى ٠.٠١ بين الأداءات الأربعة للمجموعة، عبر المراحل العلاجية على مقياس هاميلتون.، وتشير المتوسطات أيضاً إلى حدوث تحسن مطرد عبر هذه المراحل.

٣- توجد فروق ذات دلالة عند مستوى ٠.٠٥ بين الأداءات الأربعة للمجموعة على مقياس توكيد الذات. وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن مطرد عبر المراحل العلاجية.

نستخلص من النتائج السابقة أن التحسن فى الأعراض الاكتئابية العامة والتى تم قياسها بواسطة قائمتى بيك وهاميلتون للاكتئاب. أفضل من التحسن الحادث فى الجوانب المهارية والاجتماعية، كما قيست من خلال مقياسى توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية.



شكل (١٥) أداء المجموعة الأولى على مقياسي بيك وهاميلتون عبر المراحل العلاجية المتتابعة من بداية خط الأساس حتى المتابعة الثانية، موضحا مسار التحسن.

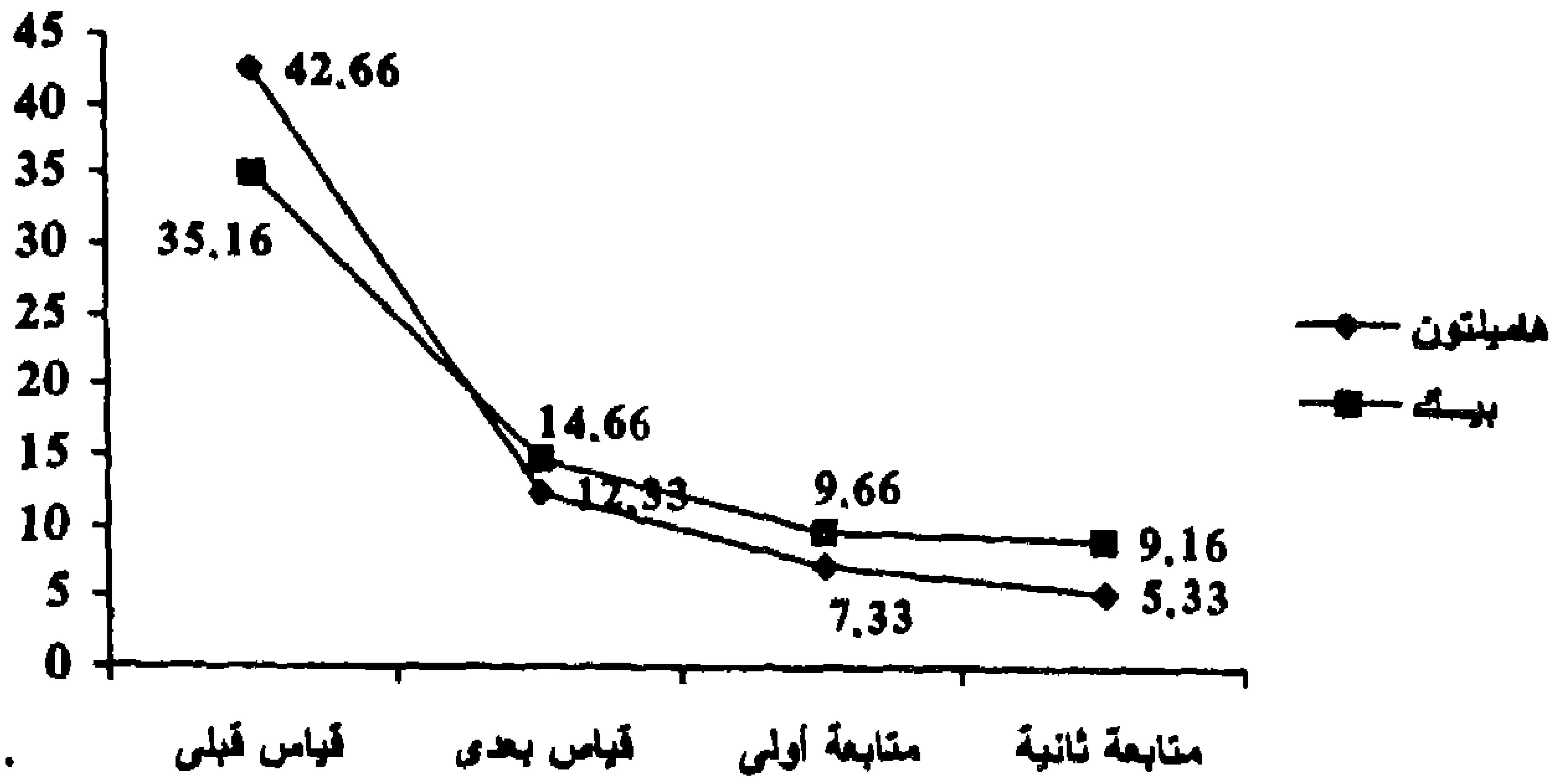


شكل رقم (١٦) أداء مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلاتالاجتماعية عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحا مسار التحسن.

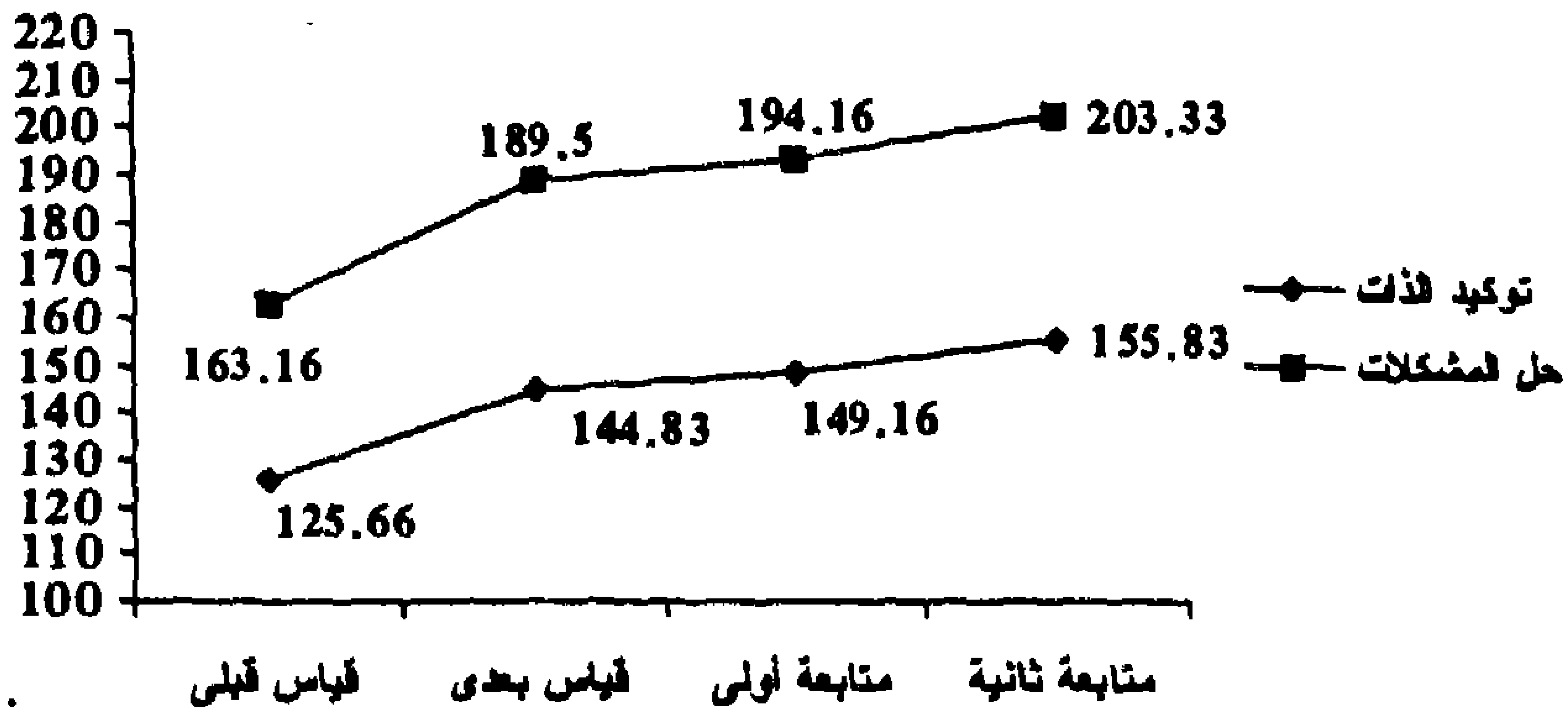
٢- الفروق داخل المجموعة الثانية (العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى) عبر المراحل العلاجية المتتالية:.

سوف نعرض فى هذا الجزء لنتائج أداء مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى على مقاييس الدراسة لمتابعة التحسن عبر المراحل العلاجية. ويوضح جدول (١٠) هذه النتائج كما يلى:.

تكشف البيانات والنتائج الواردة فى الجدول السابق عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠١) بين أداءات المجموعة عبر المراحل العلاجية المتتابعة على كل اختبارات الدراسة، وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن جوهري فى أداء هذه المجموعة.



شكل (١٧) مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحاً مسار التحسن.



شكل (١٨) أداء مجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى على كل من مقياسى توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية عبر المراحل العلاجية موضحاً مسار التحسن.

٣ – الفروق داخل المجموعة الثالثة عبر المراحل العلاجية المتتابعة:.

فيما يلى عرض لنتائج مجموعة العلاج الدوائى فقط، وذلك فى الأداء على أدوات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة للكشف عن مسار التحسن ومتابعته عبر المراحل العلاجية. ويوضح جدول (١١) هذه النتائج.

تكشف البيانات والنتائج الواردة فى الجدول السابق عن الآتى:.

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ فى أداء المجموعة عبر المراحل العلاجية على كل من مقياسى بيك وهاميلتون للاكتئاب، وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن مطرد عبر المراحل المتتابعة.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بأداء المجموعة على مقياسىْ توكيد الذات، وحل المشكلات، مما يشير إلى عدم وجود تحسن جوهرى.

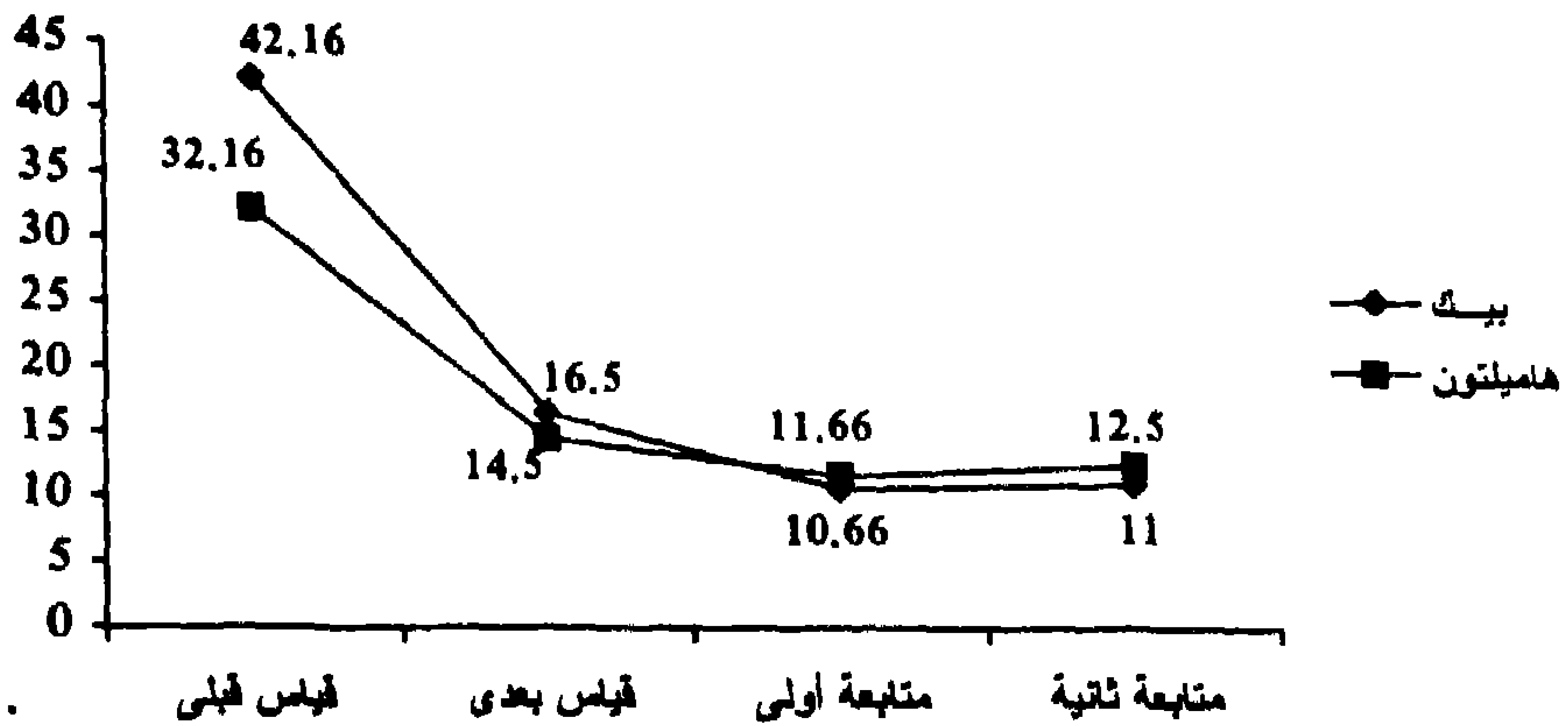
وتكشف النتائج السابق عرضها عن وجود تحسن فى الأعراض الاكتئابية بشكل جوهرى، فى حين لم يسهم العلاج الدوائى فى تحسن الجوانب الاجتماعية وحل المشكلات لدى هذه المجموعة. كما تشير نتائج الفروق داخل المجموعات بشكل عام إلى أن أفضل مستويات التحسن كان لدى المجموعة الثانية، يليها المجموعة الأولى، ثم المجموعة الثانية وهى النتيجة نفسها التى استخلصناها من الفروق بين المجموعات الثلاث.

ومن خلال مناقشة نتائج الفروق داخل المجموعات يمكن الوقوف على عدد من النقاط الخاصة بفروض الدراسة وهي كما يلي:.

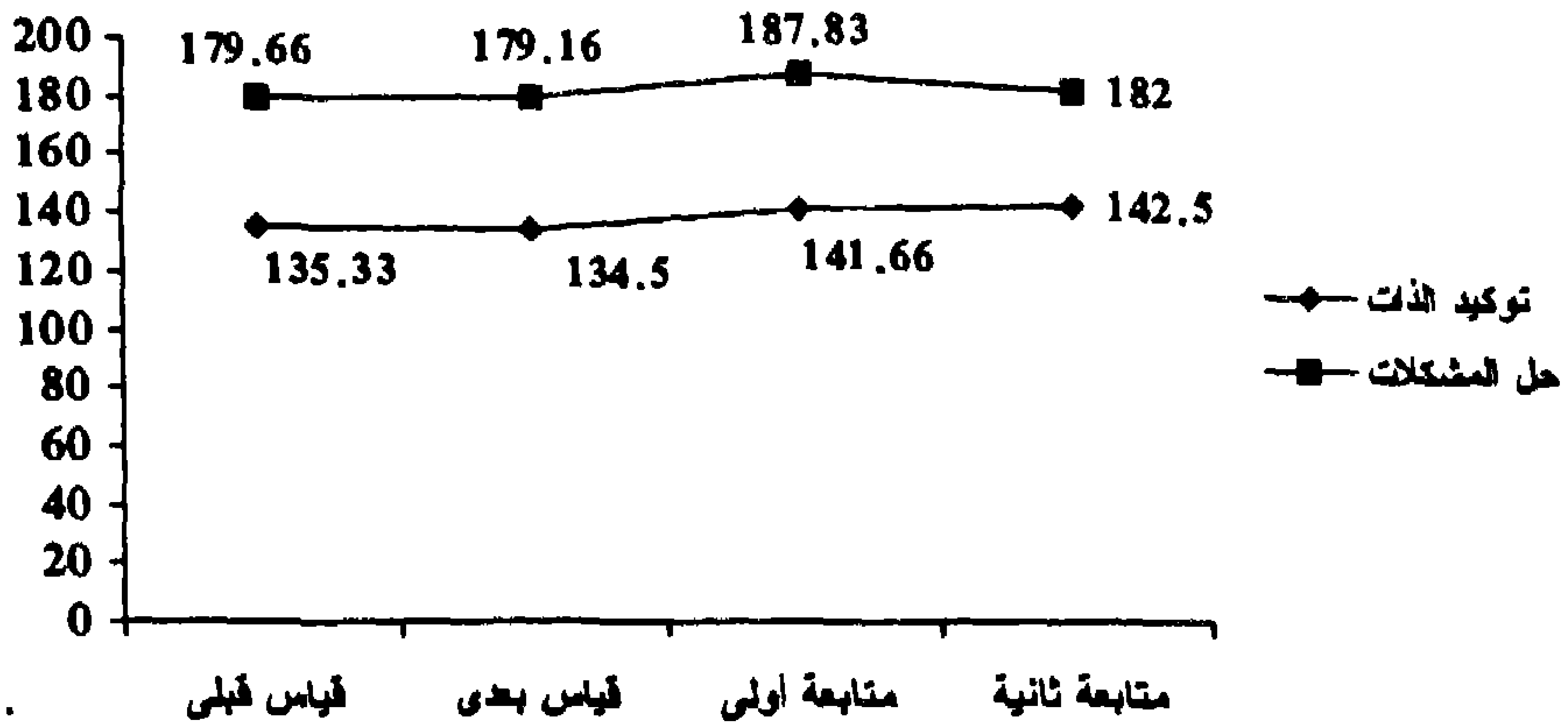
١- تحقق الفرض القائل بوجود فروق داخل كل مجموعة على حدة فيما يتعلق بالأداء عبر المراحل المتتابعة مما يشير إلى التحسن نتيجة التدخلات العلاجية.

٢- تحقق الفرض القائل بأن العلاج المعرفي السلوكي (سواء أكان منفرداً أو بالإضافة للعلاج الدوائي) يؤدي إلى نتائج أفضل من العلاج الدوائي منفرداً.

٣- تحقق الفرض الخاص بأن التصاحب بين نوعي العلاج يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كلا النوعين على حده، سواء فيما يتعلق بمستوى ومسار التحسن أو فيما يتعلق باحتمالات القابلية للانتكاس.



شكل (١٩) اداء مجموعة العلاج الدوائى فقط على كل من مقياسى بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحاً مسار التحسن.



شكل (٢٠) اداء مجموعة العلاج الدوائى فقط على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحاً مسار التحسن.

تعليق عام على نتائج الدراسة.

وتشير النتائج السابقة في مجملها إلى عدد من النقاط المهمة في هذا السياق وهي كالتالي:.

١- يسهم كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي الطبي في تحسين الأعراض الاكتئابية، إنما يختلف حجم هذا الإسهام، وكيفيته عبر المراحل العلاجية.

٢- يسهم العلاج الدوائي الطبي في سرعة تحسن الأعراض المزاجية والجسمية بشكل أفضل من العلاج المعرفي السلوكي، في حين يسهم العلاج المعرفي السلوكي في تحسن الجوانب المعرفية والاجتماعية المضطربة في سياق المرض بشكل أفضل من العلاج الدوائي الطبي.

٣- تأثير العلاج المعرفي السلوكي هو تأثير تراكمي، حيث لا يظهر مباشرة بعد انتهاء البرنامج العلاجي بشكل يمثل فارقاً واضحاً بينه وبين الأساليب العلاجية الأخرى، أنما يظهر ذلك بعد فترات زمنية نتيجة تراكم الخبرات العلاجية. واستمرار التأثير العلاجي له. مما يؤدي إلى الفروق الواضحة بينه وبين العلاج الدوائي الطبي في المتابعة الثانية.

٤- إن الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبي يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كلا الاسلوبين العلاجيين منفرداً حيث يساعد العلاج الدوائي الطبي في إعداد المرضى لتلقي العلاج النفسي عموماً، مما يؤدي إلى زيادة كفاءة العلاجات النفسية (العلاج المعرفي السلوكي، كما تم تقديمه في سياق الدراسة).

٥- تؤكد النتيجة السابقة ضرورة تكاتف الفريق العلاجي (الأطباء النفسيين، والمعالجيين النفسيين) بما يخدم المريض، ويزيد من كفاءة العملية العلاجية، ولا ينطبق ذلك على مرض الاكتئاب الأساسي فقط، إنما يشمل كل الاضطرابات النفسية التي تستلزم كلا نوعي التداخل العلاجي.



الفصل الثامن
مناقشــة النتــائج

يهدف الفصل الراهن إلى مناقشة نتائج الدراسة كما تم عرضها في سياق الفصل السابق، وذلك وفقاً لعدد من المحاور على النحو التالى:.

أولاً: مناقشة النتائج للكشف عن مدى تحقق فروض الدراسة، في ضوء الاتفاق والاختلاف مع الدراسات السابقة التي تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي سواء أكان منفرداً، أم عند تصاحبه مع أساليب علاجية أخرى.

ثانياً: توضيح آليات وديناميات العلاج المعرفي السلوكي على ضوء ما كشفت عنه نتائج الدراسة الراهنة.

ثالثاً: مدى إسهام الدراسة الراهنة في مجال العلاج النفسي بشكل عام، والعلاج المعرفي السلوكي بشكل خاص.

رابعاً: التساؤلات التي أثارتها الدراسة الراهنة.

أولاً: مناقشة النتائج للكشف عن مدى تحقق فروض الدراسة

سيتم فى هذا الجزء مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفروق بين وداخل المجموعات التي تشير إلى الإجابة عن الأسئلة أرقام ١، ٢، ٣ والتحقق من الفروض: الأول والثانى والثالث من الدراسة الراهنة على النحو التالى:.

أ) نتائج الفروق بين المجموعات فى الأداء على اختبارات الدراسة خلال المراحل العلاجية:.

وذلك على النحو التالى:.

١ - الفروق بين المجموعات في خط الأساس:.

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث في القياس القبلي (خط الأساس) في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات

الدراسة، سواء فيما يتعلق بالأعراض المرضية، أم بالجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب. وتشير هذه النتيجة إلى تكافؤ المجموعات الثلاث في مستوى شدة أعراض الاكتئاب، كما قيست بمقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب، وأيضاً فيما يتعلق بمستوى الاضطراب في الجوانب الاجتماعية، والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، كما قيست بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية، ويعتبر مستوى شدة الاكتئاب والجوانب المرتبطة به قبل العلاج، أحد المتغيرات المرضية التي كان من الممكن أن تؤدي إلى تزييف النتائج سلباً أو إيجاباً، فإن كان مستوى شدة الاضطراب (سواء فيما يتعلق بالأعراض أو الجوانب المرتبطة بالاكتئاب) لدى إحدى المجموعات أعلى (أو أقل) بشكل جوهري عما هو عليه لدى المجموعتين الأخريين، فكان من المحتمل أن يكون مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أقل (أو أكثر) من المجموعتين الأخريين وفي هذه الحالة لن يُعزى هذا التحسن إلى نوع التدخلات العلاجية، بقدر ما يرجع إلى اختلاف مستوى شدة الاضطراب لدى هذه المجموعة قبل تلقي العلاج، لذلك فهذه النتيجة تمكننا من الثقة في إرجاع التحسن لدى كل مجموعة (أياً كان مستوى هذا التحسن) إلى نوع العلاج الذى تلقته هذه المجموعة.

بناءً على ذلك يكون نوع العلاج هو المتغير المستقل الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعات ومستوى التحسن وهذه النتيجة تنطوي على أمر آخر هو أنه في حالة تكافؤ العينات في المتغيرات المرتبطة بالأعراض المرضية، فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى تكافؤ عدد آخر من المتغيرات المرتبطة بالعملية العلاجية بشكل تلقائي، مثل تقبل المريض للعلاج، ومستوى دافعية المريض، ومستوى استبصاره، ومدى وعيه بحاجته للعلاج، مما يؤثر على مستوى المواظبة والالتزام من قبل المرضى سواء فيما يتعلق بمواعيد الجلسات أو المهام والإجراءات داخلها، أو المهام والواجبات المنزلية بين الجلسات.

٢- الفروق بين المجموعات في القياس البعدي والمتابعة الأولى:

آثرنا في هذا الصدد الجمع بين مناقشة نتائج المجموعات الثلاث في مرحلتي القياس البعدي، وفترة المتابعة الأولى، نظراً لتشابه النتائج الخاصة بالفروق بين المجموعات فى هاتين المرحلتين. وتشير النتائج فى هذا الصدد إلى عدم وجود فروق داله بين المجموعات الثلاث (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المعرفى السلوكي بالإضافة إلى العلاج الدوائي، والعلاج الدوائي فقط) فى مستوى التحسن سواء بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة، أم استقراره حتى فترة المتابعة الأولى. ويشير عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث في مستوى التحسن بعد انتهاء البرنامج العلاجى إلى تحقق الفرض الأول، القائل بعدم وجود فروق بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج، مما يشير إلى تساوي الكفاءة العلاجية لكل من أسلوبي العلاج سواء بالنسبة للأعراض المرضية (كما قيست بمقياسي بيك، وهاميلتون) أم على مستوى الجوانب الاجتماعية المعرفية المرتبطة بالاكتئاب (كما قيست بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية. ولا تتفق هذه النتيجة مع عديد من الدراسات مثل دراسة مارتن (Martin, 1993) والتي كشفت عن تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي والعلاج الوهمي، ودراسات راش (Rush, 1981) حيث أشار إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تحسن الجوانب المزاجية، والاجتماعية، والدافعية، والمعرفية لدى مرضى الاكتئاب الأحادي مقارنة بالعلاج الدوائي، وكذلك دراسات ديفز (Davis, 1991) من خلال مراجعته لعدد من الدراسات عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، حيث أشار إلى تفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي. وقد دعم النتيجة السابقة عديد من الدراسات مثل دراسة هولون(Hollon, 1990) التي أشارت إلى أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي له نفس الكفاءة العلاجية في علاج الاكتئاب الأساسي، وهو

ما أكدته دراسات جونسون (Johnson, 1989) من أن كلا من نوعي العلاج (الدوائي، والمعرفي السلوكي) له كفاءة علاجية متساوية تقريباً على الأقل في بداية العلاج.

وأما فيما يتعلق بعدم وجود فروق بين المجموعات في فترة المتابعة الأولى، فذلك يشير إلى استقرار التحسن، واستمرار التأثير العلاجي لكلا النوعين من العلاج، إلا أننا في هذا الصدد لم نستطع الجزم بهذه النتيجة خاصة وأن المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج الدوائي لم يتوقفوا عن تناول الأدوية، حيث أن هذا المتغير لم يتم التحكم به من قبل المعالج، نظراً لأنه لا يمكن إيقاف الدواء إلا بإرشادات طبية نفسية. وهذا الإجراء يضطلع به الأطباء النفسيون وليس للمعالج السلطة في إيقاف العلاج الدوائي أو التقليل من الجرعات. لذلك فقد يُعزي قدر من هذا الاستقرار في التحسن إلى الاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب. وقد يكون هذا المتغير مسئولاً بشكل نسبي عن طمس الفروق بين المجموعات خلال فترة المتابعة؛ فقد أشارت دراسات كوفاكس وزملائه (Kovacs, et al., 1981) إلى نتيجة مؤداها أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي له كفاءة علاجية متساوية في علاج الاكتئاب الأساسي، إلا أنه خلال فترة المتابعة فإن المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، يتفوقون بشكل جوهري على المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فقط. وكذلك دراسات مارتن وآخرين (Martin, et al, 1996) حيث أشارت إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي خلال فترة المتابعة. وأشار ميندل (Mendell, 1987) إلى أن التحسن الذي يحدث في الأعراض المزاجية، والمعرفية، والجسمية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي يحدث مستقلاً عن نوع العلاج المقدم سواء أكان معرفياً سلوكياً أم دوائياً، أو عند تصاحبهما معاً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم تحقق جزئي للفرض الثاني القائل بوجود فروق بين المجموعات خلال فترتي لمتابعة الأولى والثانية.

ومن ناحية أخرى أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي والمجموعتين الأخريين، سواء بعد انتهاء البرنامج العلاجي أو خلال فترة المتابعة الأولى. وتشير هذه النتيجة إلى عدم تحقق جزئي للفرض الثالث والقائل بوجود فروق ذات دلالة بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي وبين مجموعتي المرضى اللتين تلقتا أحد نوعي العلاج.

وتشير هذه النتيجة إلى عدم إسهام التصاحب العلاجي في مقدار التحسن أو استقراره عبر فترة زمنية بعد العلاج. وعلى الرغم من وجود فروق في مستوى هذا التحسن من خلال المتوسطات فإنها لم تصل لمستوى الدلالة الإحصائية. وقد يرجع ذلك إلى استمرار المرضى في تناول الأدوية الطبية من ناحية أو إلى أن فترة المتابعة بعد العلاج لم تكن كافية لإظهار وإبراز هذه الفروق. وقد تتغير هذه الصورة مع طول فترة المتابعة بعد العلاج، وتنطبق هذه النتيجة على كل من الأعراض والجوانب المرتبطة بالاكتئاب. وتدعم هذه النتيجة عديد من الدراسات مثل دراسات مارتن (Martin, 1997) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في مستوى التحسن بين نتائج العلاج المعرفي وحدة أو التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي، وكذلك دراسات زاس وآخرين (Thas et al., 1997)، حيث أشاروا من خلال دراساتهم إلى أن التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي لا يؤدي إلى نتائج جوهرية، ولكن قد تتغير الصورة بالنسبة للحالات الحادة، حيث يتفوق التصاحب العلاجي على كل من نوعي العلاج على حدة.

فى حين أشارت بلاكبيرن (Blackbvrn. 1981) وديفز (Davis. 1991) وشين وآخرون (Chen. et al. 1996) إلى تفوق التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائى، وأن هذا التصاحب يؤدى إلى نتائج أفضل سواء بعد العلاج أو خلال فترة المتابعة.

وتشير النتيجة السابقة إلى التعارض بين عديد من الدراسات فيما يتعلق بالتصاحب العلاجي، وإن كنا لا نستطيع الجزم بتفوق التصاحب العلاجي (بناءً على هذه النتيجة) فلا يعني ذلك أن هذا التصاحب غير ذي فائدة. وقد يظهر ذلك في سياق العملية العلاجية مع طول الفترة بعد انتهاء العلاج، أو بالنسبة لمسار العلاج داخل كل مجموعة على حدة، وسوف يتم توضيح هذا الخلاف عند مناقشة النتائج الخاصة بالفروق بين الأداءات المتتابعة داخل كل مجموعة على حدة.

٣- نتائج الفروق بين المجموعات في فترة المتابعة الثانية:.

أ) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الدوائي:.

أشارت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين في مستوى شدة الاكتئاب، كما تم قياسه بمقياس بيك، وكانت الفروق في اتجاه مزيد من التحسن تجاه مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، مما يعني أن التصاحب العلاجي ذو كفاءة أعلى من العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، في حين لم تظهر هذه الفروق فيما يتعلق بمقياس هاميلتون وكان التحسن متساوياً على هذا المقياس. وبالنظر إلى متوسطات أداء المجموعتين فيما يتعلق بهذين المقياسين بالنسبة لمقياس بيك وصل التحسن في المتابعة الأولى أقصى مدى له، واستمر هذا التحسن مستقراً حتى فترة المتابعة الثانية، بل واخذ في الارتفاع بشكل طفيف (كما هو موضح بالجدول ٦) لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي)، وكان التحسن مكافئاً للتحسن الحادث لدى المجموعة الثانية (مجموعة التصاحب العلاجي) كما تم مناقشة ذلك سابقاً، أما في المتابعة الثانية فقد استمرت فعالية التصاحب العلاجي في خفض الأعراض حتى ظهرت الفروق بشكل دال. وهذا على عكس ما حدث بالنسبة لمقياس هاميلتون، حيث وصل مستوى التحسن أقصاه لدى المجموعة

الثانية في المتابعة الأولى واستمر ثابتاً ومستقراً حتى فترة المتابعة الثانية، في حين استمر هذا التحسن مطرداً من المتابعة الأولى حتى الثانية للمجموعة الأولى. وقد يُفسر ذلك بأن مقياس هاميلتون يتضمن أعراضاً جسمية أكثر من الأعراض المعرفية والسلوكية. ويوضح ذلك أن التصاحب العلاجي لدى المجموعة الثانية أدى إلى تحسن الأعراض بشكل جوهري (بما فيها الأعراض الجسمية)، في حين أن العلاج المعرفي السلوكي منفرداً يستغرق وقتاً أطول في إحداث هذا التحسن. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه تورس (Torres, 1994) من أن العلاج المعرفي السلوكي ذو كفاءة عالية في تحسن الأعراض الاكتئابية على المدى الطويل من المتابعة. ويستمر هذا التأثير العلاجي وينسحب على جوانب أخرى من حياة المريض.

أما فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية كما تم قياسها باختباري توكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية، فلم تظهر فروق بين المجموعتين في هذا الصدد، وذلك على الرغم من وجود فروق ظاهرية على مستوى المتوسطات لكل مجموعة على مقياس توكيد الذات، إلا أنها لم تكن دالة، وكان التحسن متقارباً حتى على مستوى المتوسطات بالنسبة لمقياس حل المشكلات الاجتماعية. وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وحده أو عند تصاحبه مع العلاج الدوائي في تحسين مهارات توكيد الذات وحل المشكلات، فكما أشار بوتلر وآخرون (Beutler. et al, 2001) أنَّ العلاج المعرفي السلوكي سواء تم تقديمه فردياً أم جمعياً ذو كفاءة في خفض الأعراض الاكتئابية والقلق، وزيادة القدرة على توكيد الذات. أما بالنسبة لحل المشكلات فقد كان العلاج المعرفي السلوكي ذا كفاءة في تحسن اضطراب حل المشكلات لكن على المدى الطويل. ونتفق مع هذه الوجهة من النظر، حيث نرى أن حل المشكلات عموماً يتطلب عمليات معرفية بمستوى أكثر عمقاً وتعقيداً وتنظيماً، ومستوى أكثر استقراراً وتحسناً في الجوانب المرضية الأخرى سواء فيما يتعلق بالأعراض المزاجية أم السلوكية أم المعرفية.

وتشير النتيجة السابقة إلى تكافؤ التأثير العلاجي لكل من العلاج المعرفي السلوكي منفرداً، أو عند تصاحبه مع العلاج الدوائي الطبي في تحسن الأعراض الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب واستمرار هذا التحسن واستقراره عبر فترات المتابعة.

ب) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (الأولى) ومجموعة العلاج الدوائي (الثالثة):.

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق بين المجموعة الأولى والثالثة فيما يتعلق بمستوى شدة الأعراض الاكتئابية كما قيست بمقياسي بيك وهاميلتون، وكانت في اتجاه انخفاض شدة الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي). وتُشير هذه النتيجة إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي الطبي في تحسن أعراض الاكتئاب، وتحقق الفرض الثاني للدراسة الراهنة بشكل جزئي (الخاص بفترة المتابعة الثانية).. وتتفق هذه النتيجة مع عديد من الدراسات التي أشارت إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي الطبي في تحسن أعراض الاكتئاب. (See: Straveynski, et al, 1994; Fava et al, 1998).

ومن ناحية أخرى لم نجد فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، كما قيست بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات. ولكن بالنظر إلى متوسطات أداء المجموعتين عبر المراحل العلاجية نجد أن مستوى تحسن المجموعة الأولى كان أفضل من التحسن لدى المجموعة الثالثة بالنسبة لهذين المقياسين. وقد يفسر ذلك في ضوء أن حدوث التحسن في الجوانب الاجتماعية والمعرفية مرتبط بالتحسن العام في الأعراض الاكتئابية المرضية خلال المراحل السابقة. ولما كان هناك تكافؤ في التأثير العلاجي لنوعي العلاج في المراحل العلاجية حتى فترة المتابعة الأولى فإن ذلك قد أدى إلى ثبات التحسن الطفيف في هذه الجوانب.

وقد تحسنت الجوانب المزاجية بالمقارنة إلى الجوانب الاجتماعية والمعرفية في هذه المرحلة نظراً لحساسيتها للتأثير العلاجي للعلاج المعرفي السلوكي واستمراره بعد انتهاء العلاج.

ج) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (الثانية) ومجموعة العلاج الدوائي منفرداً (الثالثة):.

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (الثانية) ومجموعة العلاج الدوائي (الثالثة) فيما يتعلق بالأعراض المرضية كما تم قياسها بمقياسي بيك وهاميلتون، وأيضاً فيما يتعلق بتوكيد الذات. وكانت الفروق في اتجاه مزيد من التحسن الدال لدى المجموعة الثانية. وتشير هذه النتيجة إلى تفوق التصاحب العلاجي على العلاج الدوائي منفرداً، مما يشير إلى التحقق الجزئي للفرض القائل بأن التصاحب بين نوعي العلاج (المعرفي السلوكي، والدوائي الطبي) يؤدي إلى نتائج أفضل من كلا النوعين على حدة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات ميلر وآخرين (Miller, et al, 1985)، وزاس وآخرين (Thase, et al. 2000 Tang, 2000) وتومسون وآخرين (Thomson, et al, 2000) حَيثُ أشارت هذه الدراسات إلى تفوق التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبي في تحسين أعراض الاكتئاب، خاصة مع الحالات الحادة مع استمرار التحسن العلاجي واستقراره خلال فترات المتابعة.

وتظهر كفاءة هذا التصاحب العلاجي من خلال وجود تحسن لدى هذه المجموعة في توكيد الذات، وهو ما لم يظهر في أي من المقارنات السابقة بين المجموعات مما يشير إلى وجود إسهام نسبي لكل من نوعي العلاج فيما يتعلق بالتحسن في الجوانب الاجتماعية. في حين لم تظهر فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بحل المشكلات.

ثانياً ـ الفروق داخل المجموعات في الأداء على الأدوات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة.

سنناقش في هذا الجزء نتائج الفروق داخل المجموعات ـ كل مجموعة على حدة ـ فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية لمتابعة مستوى ومسار التحسن وذلك على النحو التالي:.

١- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط (المجموعة الأولى):.

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق ذات دلالة بين أداءات المجموعة عبر المراحل المتتابعة في اتجاه التحسن،ويشمل هذا التحسن كلا من الأعراض المرضية كما تم قياسها بمقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب، وأيضاً فيما يتعلق بتوكيد الذات ويوضح شكل (١٧) مسار التحسن المطرد عبر المراحل العلاجية وثبات واستقرار هذا التحسن ولم توجد مؤشرات على احتمال حدوث انتكاس في الأعراض عبر الزمن، لاسيما الارتفاع الطفيف على مقياس بيك في المتابعة الثانية، وإن اعتبر ذلك مؤشراً على احتمال حدوث انتكاس فإن ذلك قد يتطلب فترة أطول بعد العلاج.

أما فيما يتعلق بتوكيد الذات، فقد مر التحسن بتذبذب عبر المراحل المتتابعة. ويشير ذلك إلى أن التحسن في هذا الجانب يحدث مستقلاً عن التحسن في الأعراض المرضية، حيث يتطلب عدداً من العمليات أكثر تعقيداً، ويتطلب وقتاً أطول حتى يتم استقرار تعلم المهارة عبر المواقف الحياتية وتثبيت هذه المهارات واستقرارها عبر الزمن، في حين لم تظهر فروق فيما يتعلق بحل المشكلات الاجتماعية على مستوى المتوسطات، إلا أن شكل (١٨) يوضح مسار التحسن وإطراده عبر المراحل المتتالية، ويُفَسَّرْ عدم وجود فروق ترقى لمستوى الدلالة الإحصائية بأن مستوى ومقدار التحسن كان طفيفاً، ويحدث بصورة أكثر بطئا من التحسن في الأعراض المرضية الأخرى، وذلك لتضمنه

عدداً من العمليات المعرفية المهاراتية المركبة والتي تحتاج إلى قدر من الإتقان والمهارة في اكتسابها ومن ناحية أخرى قد يُفسر هذا البطء بالحاجة إلى زيادة وتكثيف التدريب على هذه المهارة خلال البرنامج العلاجي.

وفي ضوء عدم وجود فروق فيما يتعلق بحل المشكلات الاجتماعية على مدى كل النتائج السابقة، فيجب توضيح لماذا لم يحدث هذا التحسن بشكل جوهري، وذلك فى إطار محورين مهمين هما:.

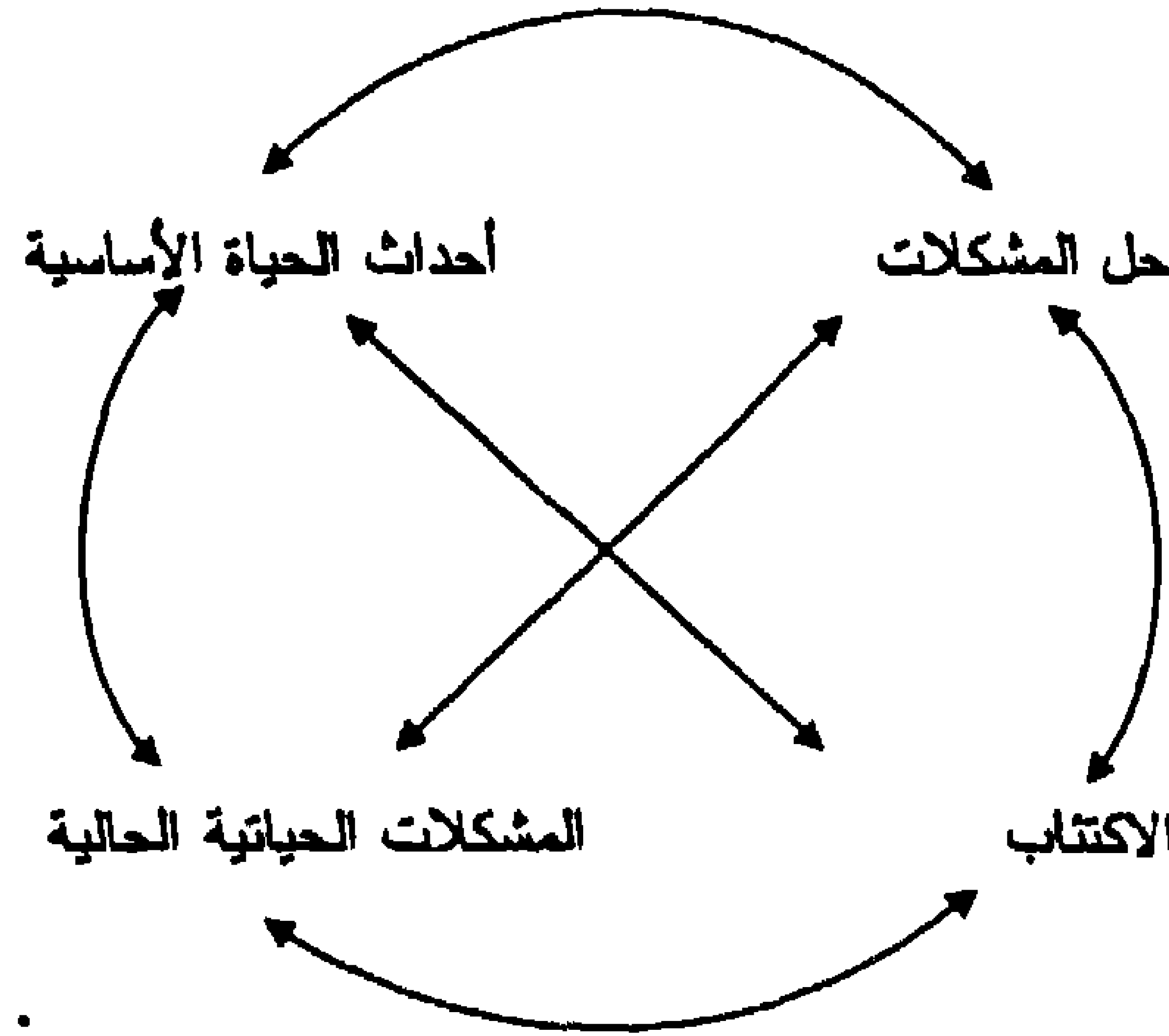
١- مدى تعقد المشكلة:.

بالنظر إلى المواقف التي قد تمثل مشكلات نجد أنها تشمل عدداً من المكونات هي: وجود منبهات منفرة Presence of Aversive stimuli، وفقد الدعم Loose of Reinforcement، ووجود المعوقات Presence of obstacles، ووجود الصراع Presences of Conflict.

وتبعاً لتوفر هذه المكونات (المتغيرات) تتنوع المشكلات من حيث مستوى التعقيد للمشكلة سواء فيما يتعلق بحداثة المشكلة، ومدى أهميتها، ومدى تشابكها وتعقيدها، ومدى عمق المشكلة. (Nezu. et al. 1989, PP. 74-75).

٢- التفاعل التبادلي بين الاكتئاب وأحداث الحياة، والمشكلات الحالية، وحل المشكلات:.

وفي إطار نموذج حل المشكلات وتفسيره للاكتئاب، يتم الإشارة إلى العلاقات التبادلية بين أحداث الحياة السلبية الرئيسة (الكبرى)، والمشكلات اليومية ونشاطات مواجهة وحل المشكلات، والأعراض الاكتئابية، التي تمثل أهمية رئيسة وهذه المتغيرات الأربعة يفترض أنها في تفاعل مستمر وثابت وفي هذا السياق، فالمشقة، وخبرات الاكتئاب هي عمليات فاعلة تختلف في شدتها وكيفيتها عبر الوقت معتمدة على التغيرات الحادثة في أحداث الحياة الرئيسة. والشكل التالي يوضح ذلك النموذج التفاعلي بين هذه المتغيرات الأربعة:.



شكل (٢١) العلاقات التبادلية بين كل من أحداث الحياة، والمشكلات الحياتية، واستراتيجيات حل المشكلات والاكتئاب (Nezu, et al., 1989, p. 50).

وفي ضوء ما سبق يمكن تفسير ما تتطلبه عملية حل المشكلات من عدد من العمليات ومستويات التعقيد خاصة، وأن الفرد يمر أثناء العلاج بكل المشكلات الحياتية اليومية بمستويات تعقيدها وتفاعلها المتعددة. وهذا التفاعل الدائم قد يُفسر بطء التحسن في هذه القدرة.

وتشير النتائج السابقة إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي منفرداً في تحسين الأعراض المرضية للاكتئاب، وأيضاً الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة به رغم اختلاف مقدار ومستوى ومسار هذا التحسن لهذين الجانبين.

وقد أشار بوتلر وآخرون (Butler, et al, 2001) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي ذو كفاءة في إحداث تحسن في مهارات حل المشكلات، لكن على المدى الطويل، وهو ما يتفق مع النتائج التي خرجنا بها في هذا الصدد.

٢- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (المجموعة الثانية):.

أشارت النتائج الخاصة بالفروق داخل المجموعة الثانية فيما يتعلق بالأداء عبر المراحل العلاجية المتتابعة إلى حدوث تحسن عام في الأداء على كل متغيرات الدراسة سواء فيما يتعلق بالأعراض المرضية أو الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، وكان هذا التحسن مطرداً ومستقراً منذ بداية العلاج حتى فترة المتابعة الثانية، مما يشير إلى الكفاءة العالية للتصاحب العلاجي، وقد ظهر لأول مرة عبر النتائج السابقة تحسن جوهري في حل المشكلات الاجتماعية. وقد كانت النتائج الخاصة بتوكيد الذات أكثر دلالة مما كانت عليه لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط). ويعد ذلك مؤشراً على كفاءة التصاحب العلاجي في إحداث تحسن أعمق وأكثر استقراراً من العلاج المعرفي السلوكي منفرداً.

ونستخلص من ذلك أن التفاعل العلاجي بين كل من نوعي العلاج أدى إلى زيادة الكفاءة العلاجية لكل منهما، مما أدى إلى التحسن في الجوانب المعرفية. أي أن لكل من نوعي العلاج إسهاماً في حل التعقيدات الخاصة بحل المشكلات. وقد يُسهم العلاج الدوائي في سرعة تحسن الأعراض الاكتئابية المزاجية والسلوكية، مما يفسح مجالاً منذ بداية العلاج، لتأثير وعمل العلاج المعرفي السلوكي، ويؤدي أيضاً استمرار تناول الأدوية بعد انتهاء العلاج المعرفي السلوكي إلى إسهام نسبي في تحسن الأعراض المعرفية والاجتماعية على المدى الطويل.

وبالنظر إلى شكل ومسار التحسن (شكل ١٩، ٢٠) نجد أن التحسن كان مطرداً وأكثر استقراراً ولا يوجد تذبذب في الأداء عبر المراحل العلاجية، مما يشير إلى أن التصاحب العلاجي أدى إلى زيادة كفاءة كل منهما وفاعليته في التعامل مع الأعراض والجوانب المرتبطة بالاكتئاب بشكل أفضل وأكثر استقراراً وعمقاً. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من ميلر وآخرين (Miller, et

(Thomson. et al, وتومسون وآخرين (Thas, et al, 2000) وزاس وآخرين al, 1985) 2000) ودراسات مواك وآخرين (Moak, et al. 2002) والتي أشارت إلى أن إضافة العلاج الدوائي إلى العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كل من نوعي العلاج منفرداً.

٣ الفروق داخل مجموعة العلاج الدوائي منفرداً (المجموعة الثالثة):.

أظهرت نتائج الفروق داخل مجموعة العلاج الدوائي في الأداء عبر المراحل المتتابعة حدوث تحسن عبر المراحل العلاجية، فقط فيما يختص بالأعراض المرضية، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بتوكيد الذات وحل المشكلات.

أما فيما يتعلق بالجوانب المرضية فتشير هذه النتائج إلى كفاءة العلاج الدوائي في خفض وتحسين هذه الأعراض بعد العلاج وخلال فترة المتابعة، ولكن إذا نظرنا إلى مسار هذا التحسن واستقراره نجد ارتفاعاً في مستوى الأعراض المرضية في فترة المتابعة الثانية وذلك من خلال المتوسطات، ومسار التحسن، كما يعرضها شكل رقم (٢١). ويعتبر ذلك منذراً بحدوث نوبات انتكاس لدى هذه المجموعة، وهو ما لم يحدث لدى المجموعتين الأُخريين، مما يشير إلى زيادة احتمالات القابلية للانتكاس للعلاج الدوائي منفرداً أكثر مما هو عليه بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي منفرداً أو عند تصاحب نوعي العلاج معاً.

وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة على مستوى المتوسطات فيما يتعلق بتوكيد الذات وحل المشكلات، فإن مسار التحسن كما يظهره شكل (٢٢) يشير إلى حدوث تذبذب في هذا التحسن ومساره وينذر باحتمالات الانتكاس فيما يتعلق بحل المشكلات ولم يتم إحراز قدر من التحسن الجيد على مستوى أي من هذين المتغيرين وتشير هذه النتائج إلى عدم كفاءة العلاج الدوائي في تحسين الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والخاصة بالجوانب الاجتماعية

والمعرفية مثل الكفاءة التي يتمتع بها بالنسبة للأعراض المرضية المزاجية والسلوكية. وتشير عديد من الدراسات مثل دراسات شتينبرويك وماكسويل وآخرين (Steinbruech. Maxwell. et al. 1983) وبلاكبيرن (Blakburn. 1981) وبيلاك وآخرين (Bellack. et al. 1981) ودراسات كوفاكس وآخرين (Kovacs. et al, 1981) وديفز (Davis, 1991) ودراسات باورز (Bawers. 1987) وسيمونز (Simons. 1982) وغيرها من الدراسات إلى عدد من التضمينات الخاصة بنتائج العلاج الدوائي. حيث اتفقت هذه الدراسات على أن العلاج المعرفي السلوكي أفضل من العلاج الدوائي فيما يتعلق بتحسن الجوانب الاجتماعية والمعرفية. وعلى الرغم من تكافؤ التأثير العلاجي لكل منهما في تحسين الأعراض الجسمية والمزاجية فإنها تكون أكثر استقراراً وإطراداً في التحسن في حالة العلاج المعرفي السلوكي.

ويمكننا على ضوء مناقشة هذا الجزء من مناقشة نتائج الدراسة الخاصة بالفروق، بين وداخل المجموعات يمكننا القول بأن حجم الإسهام النسبي الذي يشارك به العلاج الدوائي يكون فعالاً في بداية العلاج، ويؤدي إلى تحسن سريع خاصة فيما يختص بالجوانب الجسمية والمزاجية ويساعد على تقبل المريض للعلاج النفسي، في حين يتزايد حجم إسهام العلاج المعرفي السلوكي عبر الوقت. ويعتبر طول الفترة العلاجية من المتغيرات التي تسهم في تلاشي أو ثبات التأثير العلاجي للعلاج الدوائي منفرداً، الأمر الذي يؤدي إلى ثبات مستوى التحسن، أو زيادة احتمالات القابلية للانتكاس. ويتميز التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي بمقدرة أعلى من كلا النوعين من العلاجات على الحفاظ على المكاسب العلاجية، بل واستمرارها تقدماً، وإحراز مستويات أعلى من التحسن، وامتداده إلى جوانب أخرى من حياة المريض عبر الزمن خاصة فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية. .

ويتفق ذلك مع ما أشار إليه تانج وآخرون (Tang, et al, 2002) من أن المكاسب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي تعتبر أكثر ثباتاً واستمراراً عبر الوقت من المكاسب العلاجية للعلاجات النفسية الأخرى أو العلاج الدوائي.

وعلى الرغم من تدخل بعض المتغيرات التي قد تؤثر في العلاج المعرفي السلوكي مثل التفاعل بين خصائص المريض وقدرته على استخدام استراتيجيات تعايش داخلية أو خارجية، وخصائص المعالج من حيث توجهاته وكفاءته في العلاج، ومدى تدريبه (Barker and Neiager, 2003) - فإنه يؤدي إلى نتائج أفضل من العلاج الدوائي الذي قد تحكمه مجموعة أخرى من المتغيرات التي يمكن التحكم بها، وأهمها مداومة المريض على تناول الأدوية، والجرعات المناسبة لكل مريض.

ويشير كورويبل وآخرون (Coruble, et al, 2002) إلى أن الشفاء من الاكتئاب عموماً -بغض النظر عن نوع العلاج المستخدم- يصاحبه بعض التغيرات في الجوانب الشخصية والحياتية. ومن هذه التغيرات ما يحدث مبكراً بعد الشفاء مباشرة مثل التخلص من القلق، ونقص مستوى التشاؤم، وزيادة القدرة على التعاون والمشاركة وبعضها يحدث متأخراً في فترة تالية للشفاء مثل التوجه الذاتي، وتحمل المسئولية وقبول الذات.

وبالنظر إلى ما أشار إليه كوريوبل نجد أنه يمكن إعزاء التحسن في الجوانب المبكرة إلى تأثير العلاج الدوائي، والجوانب المتأخرة من التحسن إلى التأثير المستمر للعلاج المعرفي السلوكي.

ويزيد من كفاءة العلاج المعرفي السلوكي أنه يصلح للاستخدام مع مدى واسع من الأفراد، في مختلف المراحل العمرية، من الطفولة وحتى كبار السن وذلك في علاج الاكتئاب الأحادي بدون أعراض ذهانية (Hamilton & Dobson, 2002).

وقد أشار لورنيسو وزملاؤه من خلال مسح لعديد من الدراسات عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب إلى أن العلاج المعرفي السلوكي التكاملي يؤدي إلى إعادة بناء المعارف المشوهة وحل المشكلات، وذلك عن طريق العلاقة العلاجية الجيدة بين المعالج والحالة، وكذلك نتيجة استخدام استراتيجيات معرفية واضحة وجيدة البناء، لذلك فهو يعد أكثر كفاءة من الأساليب العلاجية الأخرى. (Lourenceau, Bolagh, and Burns. 2004).

ثالثاً: آليات وديناميات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء نتائج الدراسة الراهنة:.

سيتم في هذا الجزء مناقشة ديناميات عمل العلاج المعرفي السلوكي، وفقاً لما تم في سياق الدراسة الراهنة، وما نتبناه من تفسيرات (في ضوء النظرية المعرفية السلوكية) لكيفية إحداث التأثير العلاجي، وسير العملية العلاجية، والعوامل التي تسهم في حدوث التحسن واستمراره. فقد أشار عديد من الدر سات إلى أن المعضلة في النظرية المعرفية تتمثل في تحديد ما إذا كانت الاتجاهات والمعارف المشوهة هي التي تؤدي إلى الاكتئاب، أو أنها ناتجة عنه. وفي إطار العلاج المعرفي السلوكي لا يتم التركيز على هذا النوع من العلاقات، بل ينصب الاهتمام على تعديل كل من الجوانب المزاجية والمعرفية سواء أكانت سبباً أم نتيجة، حيث أن التعامل الإيجابي مع هذه الجوانب يؤدي في النهاية إلى تحسين أعراض الاكتئاب بشكل عام (Davison et al., 2004; Burns, and Spangler, 2001) وذلك من خلال تعليم المريض كيفية أن يكون فعالاً خلال العملية العلاجية، ويكون له القدرة على زيادة وعيه واستبصاره ومعارفه، وإحضارها إلى مستوى الوعي وتعديل أفكاره التي من شأنها أن تؤدي إلى الشفاء.(Beck, 1995 p. 16) .

ويتم عمل ذلك من خلال عدد من الإجراءات والعمليات مثل عمليات التعديل المعرفي السلوكي، وهي إحدى الطرائق المتضمنة في إطار العلاج المعرفي السلوكي والذي يشمل عدداً من النشاطات المعرفية Cognitive activities ومدى قابليتها للتعديل. ومدى فعالية التغير المعرفي في إحداث تغير إيجابي

مماثل في السلوك المضطرب. ويحدث التغير الإيجابي بشكل تبادلي التأثير بين الدعم الصريح للسلوك، والتغير المعرفي، وإن كلاً منهما يقف كخلفية للتغير الحادث في الآخر.(Dobson, 2001, pp. 4-6).

ويتم هذا التغيير من خلال عدد من الأساليب والإجراءات التي تتضمن كلاً من: علاجات مهارات التصدي Coping skill, therapies، وإعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring methods، وحل المشكلات Problem solving therapy. ويتم التعامل مع هذه العمليات والاستراتيجيات في إطار العلاج المعرفي السلوكي وفقاً للمنحى التكاملي. وقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعالية وكفاءة عالية في علاج الاكتئاب بجوانبه المتعددة سواء أكانت الجسمية، أم المزاجية، أم المعرفية، أم السلوكية وسواء تم تقديمه بصورة فردية أم جماعية.

وعندما نتطرق للعملية العلاجية نجدها بصدد جانبين مهمين وهما: نواتج العملية العلاجية، وسير العملية العلاجية، وكيف يؤدي سير هذه العملية بمكوناتها وأهدافها (كما تم عرضها) إلى النتائج الإيجابية المرغوبة. ويمكن تفسير العملية العلاجية في ضوء عمليتين متكاملتين ومتصاحبتين أثناء العلاج المعرفي السلوكى، وهما كما يلى:.

١- معالجة المعلومات:.

أشارت النظرية المعرفية إلى أن إحدى وظائف معالجة المعلومات هو البناء الشخصي للواقع. وتعمل معالجة المعلومات على تنظيم هذا البناء، فالفرد عندما يعطي معنى للأحداث فهو يفسرها متأثراً بعدد من المكونات مثل المخططات، والخبرات السابقة التي تدعم هذه المخططات، وخصائص الموقف الحالي (السياق). وأكدت النظرية أن معالجة المعلومات تمارس دوراً رئيساً - كعامل وسيط- في بناء الخبرات الذاتية وذلك من خلال تنظيمها للاتساق والنظم النفسية للفرد سواء أكانت معرفية، أم وجدانية، أم سلوكية، أم فسيولوجية. وهذا التنظيم هو ما يؤدي إلى تكيف الفرد وتوافقه مع البيئة (زيزي السيد، ٢٠٠٣، ص ص ٧٠- ٧٤).

وبناءً على هذا الدور الذي تؤديه معالجة المعلومات من وجهة نظر النظرية المعرفية فما يتم في حالة الاكتئاب هو معالجة سلبية للمعلومات المتوفرة، وذلك تبعاً لوجود المخططات السلبية اللاتوافقية، والخبرات السابقة، والمواقف الراهنة التي تدعم وتنشط هذه المخططات، وتوفر منبهات في السياق المحيط بالفرد – منها متغيرات الشخصية- يتم تفسيرها بصورة سلبية، وهو ما يؤدي إلى نشأة وتطور الاكتئاب.

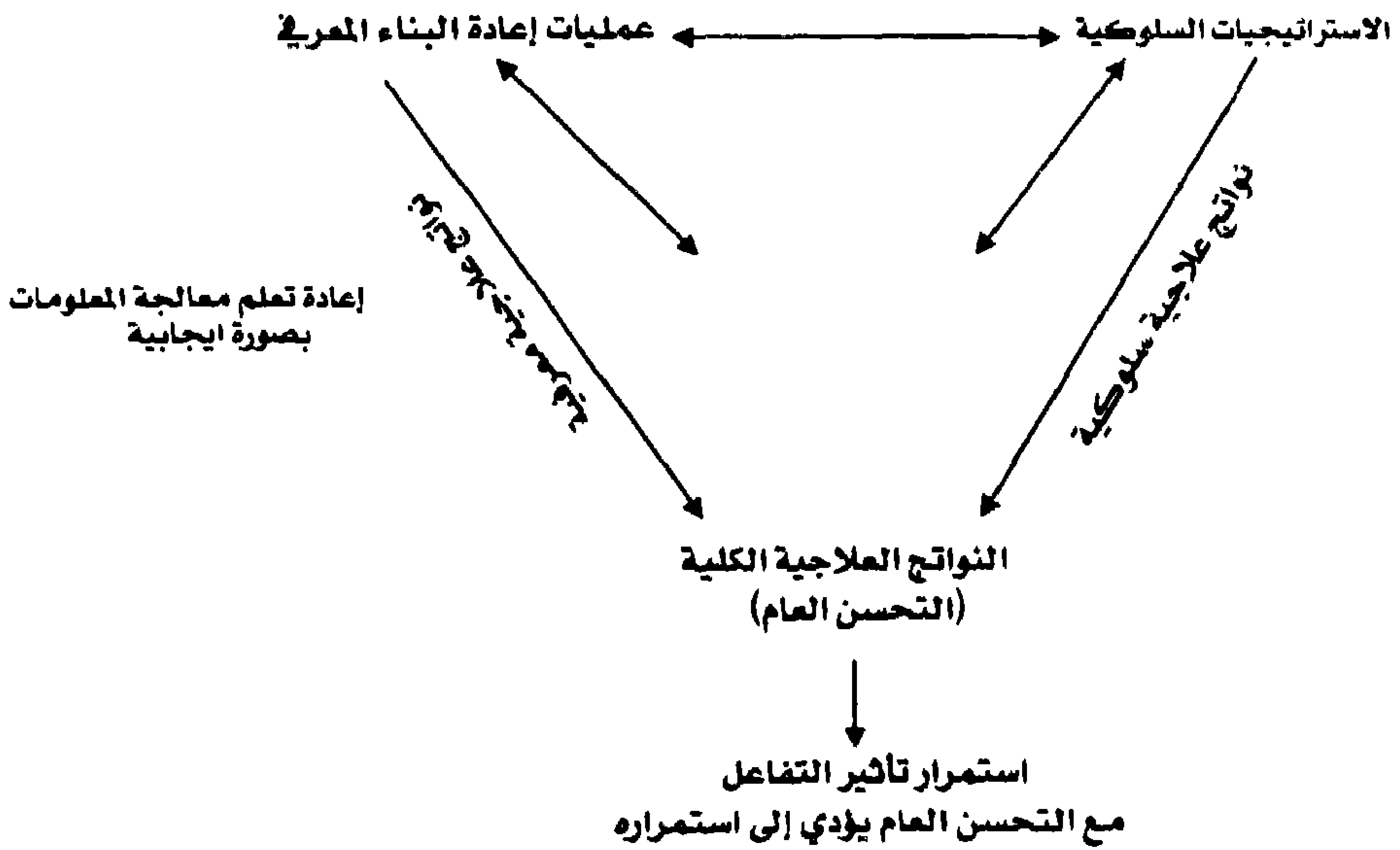
ويتم في العلاج المعرفي السلوكي إعادة معالجة المعلومات المتوفرة بصورة إيجابية متزامناً مع إعادة البناء المعرفي، وتعليم الفرد الاستراتيجيات السلوكية ومهارات التوافق والمواجهة وحل المشكلات، والتي تؤدي بدورها إلى تعديل طرائق معالجة المعلومات وتفسير الأحداث الحياتية.

٢- التفاعل الوظيفي المتبادل:.

التفاعل الوظيفي المتبادل Reciprocal - Functional interaction، هو العملية الدينامية الثانية التي يتم من خلالها تفسير العملية العلاجية وما ينتج عنها من نواتج إيجابية تتمثل في إحداث التغير العلاجي، ويتم هذا التفاعل الوظيفي المتبادل كعملية مستمرة منذ بدء العلاج وحتى بعد مرور فترات زمنية بعد انتهائه. وهو ما يؤدي دوراً مهماً في حدوث النواتج العلاجية المباشرة (خلال جلسات العلاج وبعد انتهائه مباشرة)، ويساعد أيضاً على استمرار التأثير العلاجي للأسلوب عبر فترة من الزمن، ويحدث التفاعل بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي سواء فيما يتعلق بالاستراتيجيات السلوكية. أم بإعادة البناء المعرفي، ولكل من هذه المكونات قدر من الإسهام النسبي في العملية العلاجية وإحداث التحسن. والتفاعل المتبادل بينها يكون مسئولا عن كفاءة هذا التحسن واستمراره.

ويحدث التفاعل الوظيفي المتبادل بين كلٍ من المكونات الفرعية (النوعية) من خلال عدد من المتغيرات الوسيطة الحافزة على التغير، وليس

مجرد متغير منفرد مستقل بذاته. وتتضمن هذه المتغيرات النوعية كلاً من المتغيرات الخاصة بالأسلوب العلاجي، والمتغيرات الخاصة بالمريض والمتغيرات الخاصة بالمعالج، وتبعاً لكفاءة واتساق التفاعل الداخلي لكل هذه المتغيرات كل على حدة، وأيضاً مستوى وكفاءة التفاعل بينها وبين بعضها بعضاً بشكل كلي يمكن تقييم النواتج العلاجية، إلا أنه من الصعب تحديد حجم الإسهام النسبي للتفاعل بالنسبة لكل متغير من هذه المتغيرات والمكونات وذلك لأنها تمثل شبكة متسعة من التفاعلات المتبادلة متعددة الاتجاهات ومختلفة الأوزان. ويمكن تصور مسار العملية العلاجية وفقاً لمتغيرى معالجة المعلومات، والتفاعل الوظيفي المتبادل فى الشكل التالى:.



شكل (٢٢): أنماط ومسارات التفاعل الوظيفي المتبادل بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء إعادة تعلم معالجة المعلومات.

وبناءً على تفسيرات النظرية المعرفية لنشأة وتطور الاكتئاب، نجد أن هناك ثلاثة مستويات يتم التعامل معها أثناء العملية العلاجية، وهذه المستويات متتالية أو بينها قدر من التفاعل المتبادل – كما تم شرحه - وهي تدعم

بعضها بعضاً سلباً أو إيجاباً، وتبدأ بمستوى أكثر عمومية وهو المخططات السلبية التي تتسم بالعمق والثبات، والاستقرار والعمومية، وذلك لنشأتها خلال مراحل مبكرة من العمر، وتنشأ في مرحلة ارتقائية تالية – تبعاً لذلك - النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل (الثالوث المعرفي السلبي) ممثلة للمستوى الثاني من هذا النموذج. ويأتي المستوى الثالث الذي يمثل الأداة التي عن طريقها يتم دعم وتثبيت الثالوث المعرفي السلبي، وبالتالي زيادة تثبيت وصدق المخططات السلبية لدى الفرد، ويتمثل في أخطاء التفكير، التي تتسم بالمباشرة، والنوعية، والخصوصية الموقفية، ويتم في العلاج المعرفي السلوكي البدء بالعوامل الظاهرة، والمستويات النوعية بهدف عكس التأثير السلبي لها على بقية المستويات الأعلى التي هي أكثر تعقيداً واستقراراً وثباتاً، ولا يمكن التعامل معها مباشرة، فعندما يتم تعديل الأفكار الآلية وأخطاء التفكير عن طريق إعادة البناء المعرفي فإن ذلك يؤثر تأثيراً إيجابياً في نظرة الفرد وتصوراته عن نفسه وعالمه ومستقبله، وذلك لتبنيه نمطاً من التفكير يتسم بالإيجابية، والموضوعية، والملاءمة الوظيفية للمواقف النوعية، وتعديل إدراك وتفسير الفرد للمواقف الحياتية من خلال إعادة تعلم معالجة المعلومات بصورة إيجابية؛ وعند حدوث النواتج العلاجية المعرفية الإيجابية في هذين المستويين، ويدعم من خلال التفاعل المتبادل –كما تم شرحه- فذلك يؤدي إلى زعزعة ثقة الفرد في مخططاته اللاتوافقية، حيث أن المخططات قد لا يمكن التخلص منها نهائياً، نظراً لأنها أصبحت تمثل إحدى بناءات شخصية الفرد –وليس هدف العلاج المعرفي السلوكي إعادة بناء شخصية الفرد- وإنما ما يحدث هو إعادة النظر في هذه المخططات، والتعامل معها بشكل إيجابي، وتحاشيها معرفياً وسلوكياً –في بعض الأحيان- ومواجهتها والتصدي لها في أحيان أخرى لذلك تصبح من الضعف بحيث يمكن التعامل معها بشكل أكثر مباشرة إنما يتم ذلك عبر فترة من الزمن عبر عمليات تعديل وتغيير الاتجاهات والمعتقدات لدى الفرد بناءً على معالجته الجديدة لمتغيرات ومواقف وأحداث الحياة. وإن كان

التغيير أو التعديل في الأفكار الآلية وأخطاء التفكير يتم إحرازه بنجاح -لعدد منها- في سياق البرامج العلاجية وفترات العلاج الأساسية، فالمخططات يتم تعديلها وتغييرها، أو التعايش معها بعد انتهاء العلاج بناءً على استمرار التفاعل الوظيفي المتبادل بين متغيرات العملية العلاجية، ويمكن تصور هذا النموذج الثلاثي المستويات في الشكل التالي:.

المخططات السلبية (مخططات سوء التوافق)
(ثابتة، وعميقة، وقديمة، وعامة تكونت في الطفولة المبكرة)

دعم سلبي
دعم إيجابي
دعم سلبي

الثالوث المعرفي السلبي
(نظرة سلبية للذات والعالم والمستقبل)

أخطاء التفكير (العلاج) دعم إيجابي
(نوعية، وخاصة، ومباشرة، وظاهرة)

دعم سلبي



شكل (٢٣): مسار العملية العلاجية من وجهة نظر النظرية المعرفية.

ومن خلال النتائج التي خرجنا بها من الدراسة الراهنة يمكن الوقوف على عدد من النقاط التي تتعلق بسير العملية العلاجية في إطار البرنامج الحالي، والنواتج العلاجية المترتبة على النحو التالي:.

١- حدوث قدر من التذبذب في مسار التحسن خلال العملية العلاجية لدى بعض المرضى، في بعض المراحل العلاجية، ثم معاودة التحسن لاستمراره وإطراده حتى نهاية العلاج، وقد يُفسر ذلك في ضوء اختلاف مستوى دافعية المريض من ناحية، وتدخل بعض المتغيرات غير المحسوبة في سير العملية العلاجية. وقد ترجع هذه المتغيرات إلى المواقف الحياتية وأحداث

الحياة الضاغطة، أو إلى عمليات خاصة بحاله التغير العامة التي يمر بها المريض.

٢- اختلاف محور الاضطراب الاكتئابي من مريض لآخر، وتختلف تبعاً لذلك النواتج العلاجية لكل مريض، وبالتالي يتم تعديل أهداف العلاج، والأساليب العلاجية النوعية في إطار البرنامج العام بما يتوافق مع محور الاضطراب، ومشكلات المريض النوعية.

٣- الأفكار الآلية ليست عامة ومشتركة لكل المرضى، فالأفكار الآلية عادة ما ترتبط بمحور الاضطراب الاكتئابي، وقد لا تظهر لدى المرضى بشكل حاد، وينطبق ذلك أيضاً على الاتجاهات المشوهة، لذلك فهي نوعية موقفية، متغيرة الظهور، وذات إسهام نسبي متفاوت الشدة والتأثير في الإضطراب الاكتئابي من مريض لآخر.

٤- اتضح أن تعليم المريض كيف يواجه ويتحدى الأفكار الآلية ويتصدى لها، وكيف ينظر إلى اتجاهاته ومعتقداته، وكيف يتوصل إلى مخططاته ويواجهها ويعدلها ويتعايش معها، وإدراك أنها خاطئة، وأن يقلل من أهميتها حيث يستطيع تغييرها وتعديلها فيما بعد، أفضل من تعليمه كيفية التخلص منها نهائياً، حيث أن تعليم المريض طرائق رصد هذه المتغيرات، وكيفية التعامل معها يؤدي إلى انتقال خبرته مما تم التدريب عليه وتعلمه أثناء فترة العلاج على عدد من هذه المتغيرات كنماذج ممثلة لها إلى مواقف الحياة الفعلية وتعميمها على المتغيرات ذات الشبه التي قد تنشأ، أو يتم إكتشافها في المستقبل بعد انتهاء العلاج، أو حتى بعد انتهاء فترة المتابعة. وتفسر هذه العملية (التعلم وانتقال أثر التدريب والتعميم) كفاءة العلاج المعرفي السلوكي كعلاج تعليمي في الوقاية من الانتكاس.

٥- يؤدى العلاج المعرفي السلوكي (على عكس العلاج الدوائي) إلى حصول المريض علي ذخيرة من المعلومات، والمعارف، والمهارات التي يمكن أن ينميها لاحقاً سواء بعد انتهاء العلاج مباشرة، أو بعد مرور فترات زمنية بعده، ومن خلالها يستطيع وقاية نفسه من عودة الأعراض، والانتكاس، وتحسين مستوى التوافق العام لديه بناءً على المتغيرات الحياتية المتجددة.

رابعاً: مدى إسهام الدراسة الراهنة في مجال العلاج النفسي بشكل عام، والعلاج المعرفي السلوكى على وجه الخصوص.

تتلخص أهم إسهامات الدراسة الراهنة في مجال بحوث الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي فيما يلي:.

١- إرساء عدد من الأسس النظرية، والإجراءات التطبيقية في مجال العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور من خلال المنحى التكاملي التوفيقي.

٢- ومحاولة استكشاف العلاقات التفاعلية المتبادلة بين كل مكونات العلاج المعرفي السلوكي ومدى أهميتها في العملية العلاجية، ومدى إسهام هذا التفاعل في إحداث التحسن واستمراره عبر الزمن.

٣- واكتشاف مدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين كل الأعراض المرضية والجوانب المرتبطة بالاكتئاب.

٤- وعلى الرغم من عدم إمكانية تحديد حجم الإسهام النسبي بشكل دقيق لكل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في تحسين أعراض الاكتئاب الأساسي، فإنه تم تأكيد هذا الإسهام لكل منهما بمقادير مختلفة التأثير – كيفياً - عبر المراحل العلاجية سواء فيما يتعلق بالتحسن أو احتمالات القابلية للانتكاس. ويشير ذلك إلى:.

أ- أن العلاج الدوائي يساعد على تقبل المرضى وإعدادهم للعلاج النفسي عموماً خاصة بالنسبة للحالات الحادة، بما يؤديه من دور في خفض أعراض القلق المصاحبة وتحسين الأعراض الجسمية (مثل اضطرابات النوم، وفقد الشهية) بصورة أسرع.

ب- أن كفاءة كلا النوعين من العلاج تتزايد عندما يكونا متزامنين. وتظهر هذه الكفاءة سواء فيما يتعلق بسرعة ومستوى التحسن، واستمراره بعد العلاج، أو الوقاية من الانتكاس.

٥- وبيان مدى الحاجة لزيادة وتكثيف الإجراءات والأساليب العلاجية الخاصة بالجوانب الاجتماعية والمعرفية (توكيد الذات، وحل المشكلات) في سياق البرامج العلاجية، حيث أنها تستغرق وقتاً أطول حتى حدوث التحسن نظراً لأنها تتطلب قدراً أعلى من التدريب ومستوى من العمليات والمهارات المعرفية أكثر تعقيداً.

٦- وتأكيد أن العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يقوم على إعادة تعليم المريض كيفية معالجة المعلومات المتوفرة في المواقف الحياتية، الحافزة لظهور الاكتئاب واستمراره، من خلال عدد من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية.

٧- وتصميم وإعداد وتجريب برنامج للعلاج المعرفي السلوكي وفقاً للأسس النظرية للنظريات المعرفية والسلوكية والمنحى التكاملي متضمناً لأساليب المساعدة الذاتية كأحد الأساليب ذات الكفاءة العلاجية. وتضمن ذلك ما يلي:.

أ- وضع إطار عام للبرنامج العلاجي متعدد المراحل حيث اشتمل على المرحلة التمهيدية، قبل العلاجية، والمرحلة العلاجية، ومرحلة الوقاية من الانتكاس، ويمكن استخدام هذا الإطار في إعداد برامج علاجية أخرى لعديد من الاضطرابات النفسية.

ب- وتصميم البرنامج العلاجي وفقاً لإجراءات عامة، ونوعية محددة تتضمن الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة بناءً على كفاءة هذه التدخلات في علاج الاكتئاب.

خامساً: ما أثارته الدراسة الراهنة من تساؤلات، ومشكلات تحتاج لمزيد من الدراسة:.

١- تطبيق إجراءات الأسلوب العلاجي كما تم عرضه في سياق الدراسة الراهنة باستخدام البرنامج العلاجي على فئات عمرية أخرى (الطفولة، والمراهقة، وكبار السن) وذلك للوقوف علي:.

أ- مدى ملاءمة العلاج المعرفي السلوكي لهذه الفئات العمرية وفقاً للإجراءات الحالية للبرنامج بشكل عام.

ب- ومدى اختلاف النواتج العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في كل مرحلة عمرية.

ج- هل هناك متغيرات ارتقائية تؤثر على الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي؟.

٢- ومدى ملاءمة أسلوب العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في شفاء أنواع أخرى من الاكتئاب، أو اضطرابات نفسية أخرى.

٣- ودراسات عن تحديد الحجم النسبي لإسهام كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي بصورة أكثر دقة.

٤- ودراسة مقارنة للفروق بين الجنسين عن مدى تقبل العلاج، والمواظبة، وحجم التسرب، واختلاف النواتج العلاجية لكل منهما.

٥- ودراسات تتعلق بثبات التأثير العلاجي عبر الزمن والقابلية للانتكاس من خلال فترات متابعة طويلة المدى (من عام إلى عامين).

٦- ودراسة العوامل التي تؤدي إلى زيادة احتمالات القابلية للانتكاس لكل من نوعي العلاج بما يُعين على وضع برامج وقائية لاحقة للبرامج العلاجية.

٧- ودراسة عن نوع ومستوى التحسن واختلافه من مريض لآخر بعد التعرض للبرنامج العلاجي ذاته والعوامل التي تؤدي إلى هذا الاختلاف.

٨- ودراسة عن حجم تأثير التفاعلات المتبادلة بين مكونات العلاج المعرفي السلوكى فى كل المراحل العلاجية وما هو التأثير النسبي لها مرحلياً.



المراجع.

أولاً: المراجع العربية.

١- أحمد عبد الخالق. (١٩٩٦). **قياس الشخصية**. الكويت: مجلس النشر العلمى. بجامعة الكويت.

٢- أحمد عكاشة. (١٩٩٨). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٣- أسامة محمد الغريب. (٢٠٠٣). **بعض مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي التعاطي المتعدد والكحوليين**. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب. جامعة المنيا.

٤- أشرف شلبي. (٢٠٠٠). **فعالية برنامج سلوكي في خفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً: دراسة تجريبية**. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الآداب جامعة عين شمس.

٥- ألفت كحلة. (٢٠٠٠). دراسة مقارنة لمدى فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي في حالات الإكتئاب لبعض المرضى المترددين على العيادة الخارجية. رسالة دكتوراه (غير منشوره). كلية الدراسات الإنسانية. جامعة الأزهر.

٦- تقرير منظمة الصحة العالمية (١٩٨٦). **الاضطرابات الإكتئابية في الثقافات المختلفة**. منظمة الصحة العالمية. جنيف.

٧- جيفري. ي. يونج؛ أرون ت. بيك؛ واينرجر أ. (٢٠٠٢). الإكتئاب. ترجمة صفوت فرج. في ديفيد هـ. أ. بارلو (محرر) **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي**. ترجمة صفوت فرج وآخرين. القاهرة. الأنجلو المصرية.

٨- زيزى السيد إبراهيم. (٢٠٠٣). **تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالإكتئاب**. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب – جامعة المنيا.

٩- عبدالستار إبراهيم. (١٩٩٤). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليب وميادين تطبيقه**: القاهرة. دار الفجر للنشر والتوزيع.

١٠- عبدالستار إبراهيم. (١٩٩٨). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: عالم المعرفة. رقم (٢٣٩).

١١- عزه عبدالكريم. (٢٠٠١). **استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين: دراسة تجريبية**. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب. جامعة القاهرة.

١٢- عصام عبداللطيف. (١٩٩٧). **أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض العدوانية لدى المراهقين**. رسالة دكتوراة (غير منشورة). كلية الآداب. جامعة الزقازيق.

١٣- كريس باركر؛ ونانسي بتسترانج؛ وروبرت اليوت. (١٩٩٩). **مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي**. ترجمة محمد نجيب الصبوة؛ وميرفت شوقي؛ وعائشة رشدي. القاهرة: الأنجلو المصرية.

١٤- محمد نجيب الصبوة (١٩٩٧). **التلوث الكيميائي والاضطرابات النفسية والعصبية لدى بعض عمال الصناعة**. القاهرة. دار الفكر العربي.

١٥- محمد نجيب الصبوة.(١٩٩٩). **دورة تدريبية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب والقلق**. المنعقدة في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

١٦- محمد نجيب الصبوة.(٢٠٠٠). **دورة تدريبية للعلاج المعرفي للإكتئاب**. المنعقدة في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

١٧- محمد نجيب الصبوة. (٢٠٠٣). دورة العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب. المنعقدة في مركز البحوث والدراسات النفسية. جامعة القاهرة. .

١٨- هدى طاهر (٢٠٠٢) فاعلية برنامج إرشادي لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة اليمنية العاملة (عينة من الممرضات) رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب جامعة عين شمس.

ثانياً: المراجع الأجنبية:.

1) Addis, M. E., & Jacobson, N.S. (2000). A closer look at the treatment rational and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression. ***Cognitive Therapy And Research***. 24 (3), 313 – 326. .

2) American psychiatric association. (1995). ***Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Fourth. Edition (DSM IV)***. Washington D. C: American psychiatric association.

3) Antanuccio. D.; Thomas, M.; & Dauton, W. (1997). A Cost effectiveness analysis of cognitive behavioral therapy and fluoxetine (Prozac) in treatment of depression. ***Behavior Therapy***. 28 (2), 187 – 210.

4) Avimette, P. C.; Finney, J. W., and Moos, R. H. (1997). Twelve step and cognitive Behavioral-treatment for substance abuse: A comparison of treatment Effectiveness. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 65 (2), 230 – 240.

5) Barkham, M.; Shapiro, D. A.; Hardy, G.E, & pass, A. (1999). Psychotherapy in two – plus- one session: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive – Behavioral and Psychodynamic – interpersonal therapy for subsyndromal depression. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 67 (2), 201 – 211.

6) Beck A.T., (1989). ***Cognitive Therapy And The Emotional Disorders***. New York. Penguin Books.

7) Beck, J. S. (1995). ***Cognitive Therapy: Basics And Beyond***. New York. London. The Guilford press.

8) Beliles. K., & Staudemire, A. (1998). Psychopharmacologic treatment of depression in medically ill. ***Psychosomatic***. 59 (3), 2 – 19.

9) Bellack, A. S.; hersen, M., & Himmelhoch, J. (1981). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. ***American Journal Of Psychiatry***. 138 (12), 1562 – 1567.

10) Benajon, N. R. (2000). Predicting Negative spousal attitude toward depressed persons: A test of coyne's interpersonal model. ***Journal Of Abnormal Psychology***. 109 (3), 550-554.

11) Benkrt, O.; Muller, M. & Szegedi. A. (2002). An overview of the clinical efficacy of mertazapine. ***Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental***. 17 (1), 23 – 26.

12) Beuther, L. E. & Harwood, T. M. (2004). Cognitive – Behavioral therapy and psychotherapy integration. in Dobson, K. S. (ed) ***Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies, Second Edition***. New York. London. The Guilford Press.

13) Blachbursn, I. M.; Bishop; S.; Glen, A. M.; Wholley, L. G. & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trail using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. ***British Journal Of Psychiatry***. 139, 181 – 189.

14) Bowers, W. A. (1987). A comparison of three therapeutic approaches to treatment of depression with inpatients: Cognitive therapy plus medication, relaxation therapy plus medication, medication alone. Dissertation ***Abstracts International***. 49 (5.b), 1934.

15) Brown, C.; & Schulberg, H.C. (1998). Diagnosis and treatment of depression in Primary medical care practice: The application of research findings to clinical practice. ***Journal of Clinical Psychology***. 54 (3), 303 - 314..

16) Bucaro, M. (1998). Treating depression in Adolescents through cognitive behavioral therapy: A case study. ***Dissertation Abstracts International***. 59 (1-B), 433.

17) Burns, D.D.; & Spangler, D.L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? ***Behavior Therapy***. 32 (2), 337-369.

18) Burns, D., & Spangle, D. (2000). Does psychotherapy Homework lead to improvement in depression in cognitive behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance?. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 88 (1), 46 – 56.

19) Burton, M. & suss, L. (2000). Psychodynamic (Freudian) Counseling and psychotherapy. In. Palmer, S. (ed) ***Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide***. London. SAGE Publications.

20) Burraws, G. D.; Judd, F. R. & Norman, T. R. (1994). Differential diagnosis and drug treatment of panic disorders, Anxiety and depression. ***CNS. Drugs***. 1 (2), 119 - 131..

21) Chen, Y.; Xu, J.; Li., Y. & Li, D. C., (1996). Effects of cognitive behavioral therapy on depressive neurosis: A follow- up study at 6 and 12 month intervals. ***Chinese Mental Health Journal***. 10 (5), 228 – 230.

22) Clark, D. M. (1990). Cognitive therapy for depression and Anxiety: is it better than drug treatment in the difficulties?. In Hawton. K.; Cowen, P. J (eds.). ***Dilemmas Ad Dfficulties I Mnagement O Pychiatric Patients***. London, Oxford Medical Publications.

23) Cosacalinda, N.; & Boulenger, J. (1998). Psychopharmacologic treatment effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. ***Canadian Journal of psychiatry***. 43 (7), 722 – 730. .

24) Curry, J. F., Welles. K.; Lochman, J.; & Craighead. W (2001). Group and family cognitive behavioral therapy for adolescent depression and substance abuse: A case Study. ***Cognitive And Behavioral Practice***. 8 (4), 367 – 376.

25) Curwen, B., & Ruddell, P. (2000). Behavior Counseling and psychotherapy. in. Palmer. S. (ed) ***Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide***. London. SAGE publications. 30-42.

26) Curwen, B.; Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). ***Brief Cognitive Behavior Therapy***. London. SAGE Publications.

27) D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2004). Problem - Solving therapies in. Dobson K. (ed.). ***Handbook Of Cognitive – Behavioral Therapies***. Second edition. New York. London. The Guilford press.

28) Dabson, K., Kharti, N. (2002). Major depressive disorder. in. Hersen, M. (ed) ***Clinical Behavior Therapy: Adults And Children***. New York. John Wiley and sons inc. 37 – 51. .

29) Dahl, S.G., Gram, L.E. (2000). Anxiety and depression. in ceases, S. (ed). Clinical pharmacology. London. New York Mc Grow Hill.

30) De Montigny, C.; Selverstone, P.H, & De bonnel G. (2001). Venlafaxine in treatment – resistant major depression: A Canadian Multicenter, open label trial. ***Focus on Psychiatry***. 1 (2), 14 – 18.

31) Dechershback, T.; Gershwoy, B. & Otto, M.W. (2000). Cognitive Behavioral therapy for depression: Applications and outcomes. ***Psychiatric Clinical Of North America***. 23 (4), 795-809.

32) Davison, G.C., Neal, J.M., & Kring, A.M. (2004). ***Abnormal Psychology***. 9th edition. U.S.A. John Willey and sons inc.

33) Dingmanse, J. K. Kneer, J. & Fatteler, B. (1995). Switch in treatment from trucyclic antidepressants to maclobemide: A New Generation

monoamine oxidase inhibitors. ***Journal Of Clinical Psychopharmacology***. 15, 4 – 49.

34) Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A. (2004). Historical and philosophical Bases. Of cognitive behavioral therapies, In Dobson. K (ed). ***Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies. Second Edition.*** New York. London, The Guilford press.

35) Donophue, J. & Hylon, T., (2000). Antidepressant use in clinical practice: Efficacy V. effectiveness. ***British Journal Of Medical Psychology***. 179 (42), 9 – 14.

36) Dujovne, V. F., (1993). Comparison of cognitive – Behavioral to pharmacological treatment of depression in prepubertal children (imipramine). ***Dissertation Abstract International***. 54 (10-B), 5384.

37) Elliott, R. (1993). Review of antidepressants in the treatment of mood disorders. In. Dunner, D. L (ed). ***Current Psychiatric Therapy, Philadelphia***. W. B. Saunders com. 232-240.

38) Emmelkap, P.M.G. (1994). Behavior therapy with adults. In. Bergin, A.D., & Garfield, S. L. (ed). ***Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change 4th Edition***. New York. John Wiley and sons. Inc. 379 – 427.

39) Ershefsky. L., & Dogan, D. (2001). Review of the pharmacokinetics. pharmacogenetic and drug interaction potential of antidepressants. focus on venlafaxine. ***Focus on Psychiatry***. 1 (3), 17 -22.

40) Faltermaire, T. L; Laakmann, G.; Boghia. T., & Khun, K. (1997). Predictors of response to antidepressant drug therapy. ***Nervenarzt***. 68 (1), 62 – 66.

41) Fatemi, S. H; Emamian, E.S., & Kist, D. A.,. (2001). Venlafaxine and bupropion combination therapy in case of treatment - Resistant depression. ***Focus on psychiatry***. 1 (2), 3 – 5.

42) Fava, G. A.; Rafanelli, C.; Grandis. C., & bellvarde, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. ***Archives Of General Psychiatry***. 55 (91), 816 - 820.

43) Fava. M.; Kaji, J.; & Davison, K. (1996). Pharmacologic strategies for treatment - resistant major depression in Pollack M. H, and otto M W (eds.). ***Challenge in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychological Strategies.*** New York. Mc Grow Hill.

44) Feltham, C. (2000). An introduction to counseling and psychotherapy. In. Palmer, S (ed.). ***Introduction To Counseling And Psychotherapy***. The essential Guide. London. SAGE publication. 3 – 18.

45) Fennell, M. (2001). Depression. In. Hawton, K. I. Salkavskis. P. m., Kirk, J., and Clark, D. M. (eds.). ***Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems, A practical Guide***. New York, Oxford University press. 169- 234.

46) Ferguson, G. A. (1981). ***Statistical Analysis In Psychology And Education. 5th***. London. Mc G row – Hill international book company.

47) Finley, P. R., Laird, L. K, & Bendfild W.H. (2001). Mood disorders 1: Major depressive disorters. in Kimble, M. K, and young , L. G. Ap[plied ***Therapeutics The Clinical Use Of Drugs***. 7th ed. New York. London. Lippincott Williams.

48) Forshall, S., and Nutt, D. (1999). Maintenance pharmacotherapy of Unipolar depression. ***Psychiatric Bulletin***. 23 (6), 370 – 373.

49) Fuller, M.A. & sajatovic, M. (2003). ***Psychotropic Drug Information Handbook***. 4th edition. Ohio. Lexi Comp.

50) Furlong, M.; oei. T. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group cognitive – behavioral therapy for depression. ***Behavioral And Cognitive Psychotherapy***. 30 (3), 351 – 360.

51) Gartner, E. T.; Gallon, J. K.; Dobson, K. S, & Jocobson, N. S. (1998). Cognitive – Behavioral treatment for depression: Relapse Prevention. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 66 (2), 377 – 384.

52) Gollan, J. K. (2000). Post treatment predictors of depression relapse Following cognitive behavioral therapy. ***Dissertation Abstracts International***. 61, (8.B), 4404.

53) Goodwin. F., & Ghaemi, N. (1999). Bipolar disorder. ***Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorder***. 1 (1), 41 – 51.

54) Grunze, H; S. Chlosser, S.; Amann, B. & maldon. J. (1999). Anticonvulsant drugs in bipolar disorders. ***Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorders***. 1 (1), 24 – 40.

55) Halgin, R. P. & Whitbourn, H. K. (1994). ***Abnormal Psychology The Human Experience of Psychiatric Disorders***. London, New York. Harcourt brace college publishers.

56) Hamilton, K. E.; Dobson, K. S. (2002). Cognitive – behavioral therapy for depression. In Hofmann, S. G. and Tompson, M. C. (eds.). ***Treating Chronic And Severe Mental Disorders: A Handbook Of Empirically Supported Intervention***. New York. Guilford press. 99 – 115.

57) Hautzingr, M. (1993). Cognitive Behavior therapy and pharmacotherapy for depression: Review and comparison. ***Verholtenstherapie***. 3 (1), 26-34.

58) Hawton, K., & Kirk, J. (2001). Problem Solving. In, Hawton, K.; Salkavskis, P. M; Kirk, J. and Clark, D. M. (eds.). ***Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems A Practical Guide***. New York. Oxford University Press. 406-426.

59) Henry, W. P.; Strupp, H. H; Schact, T. E, & Gaston L. (1994). Psychodynamic approaches. In Bergin, A and; Garfield. S. (eds.). ***Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change. Fourth edition***. New York. John Wiley and sons, Inc. 467-558.

60) Hirschfeld, R. M. A., (2000). Clinical importance of long term antidepressant treatment. ***British Journal Of Psychiatry***. 179 (42), 4-8.

61) Hirschfeld, R. M. A. (2002). The use of mirtazapine in difficult. To treat patient populations. ***Human Psychopharmacology Clinical And Experimental***. 17 (1), 33 – 36.

62) Hogan, W. A. (2001). The comparative effects of eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) and cognitive – Behavioral therapy (C B T) in treatment of depression. ***Dissertation Abstracts International***. 62. (2 – B), 1082.

63) Hollanders, H. (2000). Eclecticism/ Integration: some key issues and research. In palmer. S. and woolfe. R. (eds.). ***Integrative And Eclectic Counseling And Psychotherapy***. London. SAGE Publications. 31 – 56.

64) Hollon, S. D. (1989). Depression: A review of acute Pharmacological treatment. ***Psychiatric Journal Of Unive.*** Of ottawa. Vol. 4 (2), 372 – 374.

65) Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-Behavioral therapies (in) Bergin, A. E. And Garfield, S. L (eds.) ***Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change***. New York: John Wiley and sons inc..

66) Hollon, S. D.; Shelton, R. S., & Loosen, D. T. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. ***Journal of consulting and clinical psychology***. 59 (1), 88 – 99.

67) Holon, S. D. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. ***Psychiatric Annals***. 20 (5), 249 – 258.

68) Ingram, R. E. (1994). Depression in Ramachandran, V. G (ed) ***Encyclopedia Of Human Behavior***. London New York. Academic press..

69) Jarrett, R. B. (1983). Mechanisms of change in cognitive Behavioral therapy in relation to depression dysfunctional thoughts. ***Dissertation Abstracts International***. 45 (01 – B), 353.

70) Jensen, T. S., & Kupers, R. C. (2000). Management of pain. in Ceaser S. (ed). ***Clinical Pharmacology***. London, New York.Mc Grow Hill.

71) Johnson, S. C. (1989). An efficacy study of Group and individual cognitive behavioral therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depression. ***Dissertation Abstracts International***. 51. (O + A), 82.

72) Kaplan, H. I; Sadock, G. J. & Grebb, J. A. (1994). ***Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry***. 7th edition New York. Williams and Wilkins. .

73) Kasia, S.; & Palmer. S. (2000). Cognitive counseling and psychotherapy. in. Palmer, S. (ed.) ***Introduction To Counseling And Psychotherapy, The Essential Guide***. London. SAGE Publications. 56 - 69.

74) Kasper. S., Zivkov. M., Roes, K., & Pols, A. G. (1997). Pharmacological treatment of severely depressed patients: A meta analysis comparing efficacy of mirtazapine an amitriplyline. ***European Neuropsychopharmacology***. 7 (2), 115 – 124.

75) Kavacs, M.; Rush, A. J.; Beck, A. T. & Hollon, S. D. (1981). Depressed outpatients Treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one - Year follow – up. ***Archives Of General Psychiatry***. 38 (1), 33 – 39.

76) Kazdin, A. E. (2000). ***Encyclopedia of Psychology***. American psychological association. Oxford University Publication. 471 – 475.

77) Keller, M. B. (2002). Rational and options for the long term treatment of depression. ***Human Psychopharmacology. Clinical And Experimental***.17 (1), 43 – 46.

78) Kendall, P. C.; Safford, S.; Schroeder, E. F., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7 – 4- Year follow up. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 72 (2), 276 – 287.

79) Kirk, J. (2001). Cognitive behavioral assessment. In. Hawton K; Salkovskis, P. M.; Kirk. J. and Clark, D. M. (eds.) ***Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A practical Guide***. New York. Oxford University press. 13 -50. .

80) Kocsis, A. H; Schatsberg, A.; Rush, J.; Kline, D. N.; Howland, R.; Gniwesch, L; Davis, S. M., & Harreson, W. (2002). Psychological outcomes fallowing Long-term double – blind treatment of chronic depression with sertraline VS placebo. ***JAMA Neurology And Psychiatry, Middle East***. 4 (3),. 59 – 64.

81) Kunik, M.; Brown, U., & Stanley, M. (2002). One session cognitive behavioral therapy for elderly patients with chronic abstractive pulmonary disease. ***Psychological Medicine***. 31 (4), 717 – 723.

82) Kwon, S. M.; Oei, T. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavioral therapy of depression. ***Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry***. 34 (1), 73 – 85.

83) Laurenceau, J.; Bologh. L. & Burns, D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: A Preliminary investigation. ***Journal Of Psychotherapy Integration***. 14 (1), 4 – 20.

84) Leichsenring. F. (2001). Comparative effects of short – term psychodynamic psychotherapy and cognitive – Behavioral therapy in depression: A Meta – analysis approach. ***Clinical Psychology Review***. 21 (3), 401 – 419.

85) Lenz. G., & Dema, V. (2000). Quality of life in depression and anxiety disorders: An exploratory follow – up after intensive inpatient cognitive behavior therapy. ***Psychopathology***. 33 (6), 297 - 302.

86) Love, R. C., & Borovicka, M. C.; (2001). Mood Disorders 11: Bipolar disorders. In. Kimble, M. A. and young, L. Y. (eds.). ***Applied Therapeutics The Clinical Use Of Drugs***. 6th edition. New York, London. Lippincott Williams and Williams.

87) Ludgate, J. W. (1995). Cognitive Behavior therapy and depressive relapse: Justified optimism or unwarranted complacency?. ***Behavioral and Cognitive Psychotherapy***. 22 (1), 1 – 11.

88) Malhi. G., & Farmer, A. (1999). Drug therapy in treatment resistant depression. ***British Journal Of Psychiatry***. 175, 390 – 391.

89) Mandell, M. (1987). Changes in components of syndrome depression associated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive therapy and pharmacotherapy. ***Dissertation Abstracts International***. 48 (11. B), 3420.

90) Martin, H. (1993). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for depression: Review and comparison. ***Verhaltenstherapie***. 3 (1), 26 – 34.
.

91) Martin, H. (1996). The role of cognitive Behavioral therapy in treatment of depression. ***Zeurchrift Fuer Kbneshe Psychole***. 25 (4), 332 – 334.

92) Martin, H.; Meyer, D. J.; Treiber, R. & Roudolf. G. A., (1996). The efficacy of cognitive Behavior therapy and pharmacotherapy alone or in combination in nonendogenous unipolar depression. ***Zeitz Shrift Fure Clinical Psychologists***. 25 (2), 150 – 145.

93) Mathew. A. Fuller.; & Sajatovic. M. (2003). ***Psychotropic Drug Information Handbook***. Ohio. Lexicomp Inc.

94) Mauri, M. C.; Alliso, C. G.; Volontari; L. S Francesca, M. L., & Boscati. L. (2003). Long – term efficacy and therapeutic drug monitoring of

sertraline in major depression. ***Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental***. 18 (5), 385 – 388.

95) Mc Clanahan. T. M. (2001). Comparative of cognitive and cognitive behavioral therapy and insight oriented psychotherapy in the treatment of co morbid substance abuse anxiety and depression. In substance abusing female. ***Dissertation Abstracts International.*** 62 (0 – B), 1587.

96) Mendlewiez, J. (2001). Optimising antidepressants use in clinical practice: Toward criteria for antidepressants selection. British Journal of Psychiatry. Vol. 179 (42). 1 – 23.

97) Meyer, T. D.; & hautzianger. M. (2002). Congitive. Behavioral therapy. In addition to pharmacotherapy for manic depressive disorders: empirical results. ***Nerveorzt***. 73 (7), 620 – 628. .

98) Miller, I. W.; Bishop, S. B, Normon, W. H. & Keithner, C. I. (1985). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy with chronic drug refractory depressed inpatients: A note. Of optimum. ***Behavioral Psychotherapy***. 13 (4), 320 – 327.

99) Miller, W. R; Rosellini, R. A. & Seligman, E. P. (1996). Learned Helplessness and depression. In Moser J. D and Seligman E & (eds.). ***Psychopathology: Experimental Models***. San Francisco. W. H Freeman and company.

100) Milykovic, B. R., & pokrajac, M. (1997). The influence of lithium on fluvoxamine, therapeutic efficacy and pharmacokinetics in depressed patients on combined fluvoxamine lithium therapy. ***International Clinical Psychopharmacology***. 12 (4), 707 - 812.

101) Moak, D.; Anton, R. F.; Latham, P. K.; & Vorinen, K. E. (2003). Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: Results of a placebo controlled trial. ***Journal Of Clinical Psychopharmacology***. 23 (6), 553 – 562.

102) Moes, M.; Westenberg, H. & vaudologh, E. (1997). Effects of trazodone and fluaxetine in the treatment of major depression: therapeutic pharmacokinetic and phormacodynamic interactions through formation of meta – chlorophenylpiperazine. ***Journal Of Clinical Psychopharmacology***. 17 (5), 352 – 364.

103) Murphy, G. E.; Comey, R. M.; Kanesuvich, M. A., & Wetzel, R. d. (1995). Cognitive Behavior therapy, Relaxation training and tricyclic antidepressants medications in the treatment of depression. ***Psychological Report.*** 77 (2), 403 – 420.

104) Nalini, N. R.; Kumaraioh, V. D. (1996). Cognitive Behavior therapy in the treatment of neurotic depression. *NIMHANS*. ***Journal***. 14 (1), 31 – 35.

105) Neenan. M., (2000). Rational Emotive Behavior therapy. In palmer. S (ed.). ***Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide***. London. SAGE Publications. 278-291.

106) Nelson J. C.,. (1998). Combined drug treatment strategies for Major depression. ***Psychiatric Annals***. 28 (4), 197-203.

107) Nelson, M. K. (2003). Meta – analysis: Hypnotherapy/ Cognitive – Behavioral therapy and its efficacy on depression compared to pharmacotherapy. ***Dissertation Abstracts International***. 63 (2-B), 1040.

108) Nelson, M. K., (2001). Meta – Analysis: Hypnotherapy/ Cognitive behavioral therapy and its efficacy on depression compared to pharmacotherapy. ***Dissertation Abstracts International***. 63 (2 – B). 1040.

109) Nemeroff, C. B. (2002). New Directions in the development of Antidepressants: The interface of neurobiology and psychiatry- Human ***Psychopharmacology: Clinical And Experimental***. 17 (1), 13- 16.

110) Nemeroff, C. B., & schatzberg A. F. (1998). pharmacological treatment of unipolar depression. In Nathan, D., and Gorman. J., (eds.). ***A Guide to Treatments That Work***. New York.

111) Nezu, A. M.; Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). ***Problem – Solving Therapy For Depression. Theory, Research And Clinical Guidelines***. New York. John Wiley and sons.

112) Nordt, S. P., & contrell, F. L. (1999). Elevated lithium level: A case and brief overview of lithium poisoning. ***Psychosomatic Med***. 16 (3), 564 – 564.

113) Norman, Judith, L. (1990). Responses of tow depressive subtypes to combination of cognitive group and medication treatment (group treatment). ***Dissertation Abstracts International***. 50 (5 A), 1776.

114) Oei, T.; Yeho., A. (1999). Pre-existing Antidepressants medication and outcome of Group cognitive – Behavioral therapy. ***Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry***. 33 (1), 70 – 76.

115) Otto, M. W. Joel. D. A., & Bukuminstor, S. S. (1996). Treatment of Majour depression application and efficacy of cognitive behavioral therapy. in Pollock, M. H and otto. M. W. (eds.). ***Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic And Psychological Strategies***. New York. Guilford press.

116) Overhosler, J. C. & Schulert, D. S. (1997). Cognitive – Behavioral treatment of depression. Part Vi: integrating the use of antidepressants medication. ***Journal Of Contemporary Psychology***. 26 (3), 335 – 350.

117) Page, A. C., & Hooke, G. R. (2003). Outcomes for depressed and anxious inpatients discharged before or after Group cognitive behavioral

therapy: A Naturalistic comparison. ***Journal Of Nervous And Mental Disease***. 191 (10), 653 – 659.

118) Palmer, S. (2000). Multimodal counseling and therapy. In. Palmer, S. (ed). ***Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide***. London, SAGE Publication. 140 – 158.

119) Palmer, S. (2000). Multimodal therapy. In. Palmer, S. and woolfe, R. (eds.). ***Integrative And Eclectic Counseling And Psychotherapy***. London. SAGE publications. PP 141 – 162.

120) Patten, C.; Martin, J.; Myer, M., Calfos. J., & Wlliams, C. (1998). Effectiveness of cognitive – Behavioral therapy for smokers with history of Alcohol dependence depression. ***Journal Studies On Alcohol***. 59 (3), 327 – 335.

121) Paykel, E. S. (1995). Clinical Efficacy of reversible and selective inhibitors of monoamine oxidase A in Major Depression. ***Focus On Depression And Anxiety***. 6 (3), P, 58 – 59.

122) Perlis, R.; Nierenbrg, A.; Alpert. J., & Fava. G. (2002). The effect of adding cognitive therapy to floxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treatment of major depressive disorder. ***Journal Of Clinical Psychopharmacology***. 22 (5), 474 – 480.

123) Persons, J. B. & Davison. J. (2001). Cognitive behavioral case formulation. In Dobson. K. (ed). ***Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies***. 2nd edition. New York London. The Guilford press. 86 – 110.

.

124) Peveler, R. ; Carson, A., & Robin, G. (2002). Depression in medical patients. ***BMJ Middle East***. 9, 95 -101.

125) Quiring, J. M.; Mounroe, S. M. & Thase, M. E. (2002). Does early intervention increase latency to relapse in Major depressive Disorder?. Re – evaluation with cognitive behavioral therapy. ***Journal Of Affective Disorders***. 70 (2), 155 – 163.

126) Rekart, J. A. (2001). The effects of cognitive behavioral group therapy, homework compliance, and Quality of compliance with depressed in patient. ***Dissertation Abstracts International***. 61 (10 – B), 5578.

127) Rief, W.; Trenkamp S.; Auer, G., & Fichter, M. (2000). Cognitive behavior therapy in panic disorder and co- morbid depression. ***Psychotherapy And Psychosomatics***. 69 (2), 70- 78.

128) Rosselo, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive – Behavioral and interpersonal treatments of depression in Puerto recan adolescents. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 67 (5), 734 – 745.

129) Rush, J. A. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. ***Journal Of Affective Disorders***. 3 (3), 221-229.

130) Santor, D. A. & Seagal, Z. V. (2001). Predicting symptoms return rote of symptoms reduction in cognitive behavior therapy for depression. ***Cognitive Therapy And Research***. 25 (2), 117 – 155.

131) Schatzberg, A. F. (2000). Pharmacological principles of antidepressant efficacy. ***Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental***. 7 (1), 17 – 22.

132) Schulberg, H. C.; Madonia, M. J, and black, K. R. (1995). Major Depression in primary care practice: clinical characteristics and treatment implications. ***Focus On Depression And Anxiety***. 6 (3), 68 – 69.

133) Schulz, P. (1999). Are all antidepressants alike?. ***Dialogues in clinical neuroscience, Bipolar disorder***. 1 (1), 4 – 11.

134) Schweitzer, I.; Burrows, G. & Tuckwell, V. (2001). Sustained response to open –label venlafaxine in drug – resistant major depression. ***Focus on Psychiatry***. 1 (3), 15 – 17.

135) Scott, J. (2001). Cognitive therapy for depression. ***British Medical Bulletin. A Series Of Expert reviews***. 57, 101 – 113.

136) Segal, J. (2000). Psychodynamic (klenian) Counseling and psychotherapy. in Palmer, S. (ed). ***Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide***. London SAGE Publications. 265 – 277.

137) Segal, Z. V.; Gemar., M; & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. ***Journal Of Abnormal Psychology***. 108 (1), 3 – 10.

138) Sherrill, J. T., & Kovacs, M. (2002). Nonsomatic treatment of depression. ***Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America***. 11 (3). 579 – 594.

139) Smith, N. M.; Floyed, M. R; Scogin, F, & Jamison, C. S. (1997). Three years follow – up of bibliotherapy for depression. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 65 (2), 203 – 213.

140) Spangler, D.; Simons, A.; Manrae, S., & Thase, M. (1997). Respond to cognitive – Behavioral therapy in depression: effect of pretreatment cognitive dysfunctions and life stress. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 65 (4), 568 – 575.

141) Staner. L.; Luthringer, R. & macher, J. (1999). Effects of antidepressants drugs on sleep EEG in Patient with Major depression: Mechanisms and therapeutic implications. ***SNS Drugs***. 11 (1), 49 -60.

142) Steinbrueck, S. M; Maxwell, S. E., & Haward, G. S. (1983). A meta – Analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adult. ***Journal of consulting and clinical psychology*** 51, 856 – 863.

143) Stewart, J.W.; Rabhin, J.G.; Quitkin, F.M; Mc Grath, P.J. & kleine, D. F. (1993). A typical Depression in Dunner D. L (ed) ***Current Psychiatric Therapy***. Philadelphia. W. B. Saunders com. 215- 219.

144) Stewart. S.; Telch, C. F., & Arnow, B. (1997). One year follow – up of behavioral therapy for obese individuals with eating disorder. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 65 (2), 343 – 347.

145) Stokes, J., (2000). Psychodynamic (Jungian) Counseling and psychotherapy. (in). Palmer. S (ed). ***Introduction To Counseling And Psychotherapy, The Essential Guide***. London. SAGE Publication. 252-264.

146) Stoudimir, A. (1996). New Antidepressant drugs and the treatment of depression in Medically ill patients. ***Psychiatric Clinics Of North America***. 19 (3), 495 – 514.

147) Stravynshi, A.; Verreault. M, & tremblay. M. (1995). Marital adjustment in depression. ***Focus On Depression And Anxiety***. 6 (3), 70- 71.

148) Stravynski, A.; Verreault, R., & Gaudette, G. (1994). The treatment of depression with group behavior – cognitive therapy and imipramine. ***Canadian Journal Of Psychiatry***. 39 (7), 387 – 390.

149) Taft, C. T.; Murphy, C. M.; Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Predictors of the working alliance in group cognitive – behavioral therapy for violent men. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 72 (2), 349 – 354.

150) Tang, T. Z., & De rubies, R. J. (1999). Sudden Gain and critical sessions in cognitive – Behavioral therapy for depression. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 67 (6), 894 – 904.

151) Tang, T. Z.; Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden Gains in recovering from depression: are they also found in psychotherapies other than cognitive behavioral therapy. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 70 (2), 444 – 447.

152) Teasdal, J. D.; Segal, Z. V. & Williams, J. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by Mindfulness Based cognitive therapy. ***Journal Of Consulting And Clinical Psychology***. 63 (04), 615 – 623.

153) Thase, M. E., (1999). Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy for treatment of major depression disorder: current status and future considerations. ***Journal of Psychotherapy Practice and Research***. 6 (4), 300 – 306.

154) Thas, M. E.; Fridman, E. S.; Fariezha, L.; Berman, S; Frouk, E. & Reynolds, C. F. (2000). Treatment of men with major depression: A Comparison of sequential cohorts treated with either cognitive – Behavioral therapy or newer generation antidepressants. ***Journal Of Clinical Psychiatry***. 61 (7), 466 – 472.

155) Thase, M. E.; Reynolds. E. & Fronck. (1995). Polysannographic studies of immediate depressed men before and after cognitive behavioral therapy. ***American Journal Of Psychiatry***. 151 (11), 1615 – 1622.

156) Thase, M. E.; Simons, A. D. & Mc Geary, J. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer course of treatment. ***American Journal Of Psychiatry***. 149 (8), 1046 – 1052.

157) Thase; M. E.; Friedman, E., S.; Beraman, S. R., & simons, A. D. (2000). Is cognitive behavior therapy just a nonspecific intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo. ***Journal Of Affective Disorders***. 57 (1-3), 63 – 71. .

158) Thase; M. E.; Simons, A. D., & Reynolds. C., F. (1996). Abnormal electroencephalographic sleep profiles in major depression: Association with response to cognitive behavioral therapy. ***Archives Of General Psychiatry***. 53 (2), 99 – 108.

159) Thompson, C. (2002). Onset of action of antidepressants: Results of different analysis. Human psychopharmacology: Clinical and experimental. 17 (1), 27 – 32.

160) Thompson. L. W.; Gallagher, T. D.; Sommer, B. R. & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive behavioral therapy in treatment of elderly outpatients with mild 0 to 0 moderate depression. ***American Journal Of Geriatric Psychiatry***. 9 (3), 225 – 240.

161) Tolefson, G. D. (1993). Major depression. In. Dunner. D. L. (ed) ***Current Psychiatric Therapy***. Philadelphia. W. B. Sounders company. 169 – 203.

162) Torres, C. A. (1994). Self esteem as a major factor in the treatment of depression within the context of cognitive behavioral therapy: A review of the literature. ***Dissertation Abstracts International***. 54 (09-B) 4935. .

163) Trapp. M. (1997). The interaction of cognitive – behavioral therapy with integrated couple therapy for the treatment of depression in women. ***Dissertation Abstracts International***. 58 (02 – G), 4486.

164) Trived, M. H., & Kleiber, B. A.(2001). Algorithm for the treatment of chronic depression. ***Focus on Psychiatry***. 1 (3), 5 – 8.

165) Turkington, M. & Oei, T. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in Group cognitive Behavioral therapy for depression. ***Behavioral and cognitive psychotherapy***. 30 (3), 351 – 360.

166) Wade, H. B.,. (1999). Molecular linkage, studies of bipolar disorder. ***Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorder***. 1 (1), 12 – 21.

167) Wagstaff, A.J.; Susan, M.; Anne, J.M.; Doglas, O. & Karen, L.G. (2002). Paroxtine: An update of its use in Psychiatric disorders in adults. ***Drugs: aids Drug Evaluation***. 62 (4), 655 – 730.

168) Wallerstein, R.S. (2002). Psychoanalytic treatment within psychiatry. An expanded View. ***JAMA. Neurology And Psychiatry Middle East***. 4 (9), 49 – 50.

169) Ward, E.; King, M.; Loyd, M.; Bower, P.; Sibbald, B.; & Farelly, S. (2000). Randomised controlled trial of non – directive counseling, cognitive – Behavioral therapy and usual general practitioner care for patients with depression: Clinical effectiveness. ***British Medical Journal***. 321, 1383 – 1388.

170) Weersing B. R. & Bent, D. A. (2003). Cognitive. Behavioral therapy for adolescent depression: comparative efficacy, Mediation, moderation and effectiveness. In. Kazdin A. (ed.). ***Evidence Based Psychotherapies For Children And Adolescents***. New York. Guilford press. 135 – 147..

171) Westra, H. A.; Dozios; D. J., & Boardman. C. (2002). Predictors of treatment change and engagement in cognitive behavioral group therapy for depression. ***Journal Of Cognitive Psychotherapy***. 16 (2), 229 – 244.

172) Williams, G. & Whitfield, G. (2001). Written and computer based self help treatments for depression. ***British Medical Bulletin***. 57. 133 – 144.

173) Wilson, P. H. (1982). Combined pharmacological and behavioral treatment of depression. ***Behavior Research And Therapy***. 20 (2), 173 - 174.

174) Wittchen, H. V. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, Recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression 2000 study. ***Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental***. 17 (1), 1 – 11.

الملاحق

Behavioral Analysis History Questionnaire.

.(BAHQ)

تاليف: Cautela, J.R. & Upper, D., 1976.

يزودنا هذا الاستفتاء بمعلومات عن تاريخ حياتك، فى الماضى وفى الوقت الحاضر وهذا من تغيير سلوكك غير المقبول. وتأكد أن كل ما تدلى به من معلومات سيكون سرى للغاية ولا يمكن أن يطلع عليها أحد.

تاريخ إجراء الاستبيان: / / ١٩٩٦م.

١ - بيانات أولية:.

الاسم:.. السن: ....

العنوان: .... تاريخ الميلاد : ..../...../......

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( ).

الديانة: مسلم ( ) مسيحى ( ).

الحالة الوظيفية: ....

المستوى التعليمى: ....

<u>الحالة الاجتماعية</u>:.

أعزب ( ) خاطب ( ) متزوج ( ).

منفصل ( ) مطلق ( ) أرمل ( ).

هل تقيم مع أحد؟ إذا كنت تجيب بنعم فمن الذى تعيش معه؟.

.. ..

....

....

....

التقدم للعلاج.

١- ما أهم مشكلة التى أدت لحضورك إلى هذا العلاج ؟ ما الذى يسبب لك المعاناة؟.

....

....

....

أ)- متى بدأت تعانى من هذه المشكلة، وما موقفك عندما بدأت المشكلة؟.

....

....

....

ب)- ما الأعراض التى تواجهها نتيجة هذه المشكلة؟ (وجدانية وبدنية ومعرفية وسلوكية).

....

....

....

ج)- هل وجدت مثل هذه المشاكل فى الماضى؟.

....

....

....

٢- فى أى وقت تحدث هذه المشكلة أكثر؟ فى أى وقت تكون على أقصاها؟ وفى أى مواقف تحدث؟.

....

....

أ)- ما الأفكار التى تدور فى رأسك عندما تحدث هذه المواقف؟.

....

....

ب) ما التصورات التى تعيشها فى هذه المواقف؟.

....

....

٣- هلى تسيطر هذه المشكلة على حياتك بصفة عامة؟.

....

....

٤- هل عندك أى فكرة لسبب هذه المشكلة؟.

....

....

٥- كيف حاولت أن تساعد نفسك فى مواجهة هذه المشكلة؟.

....

....

أ) إلى أى حد استطعت أن تساعد نفسك؟.

....

....

٦- هل تصورت فى يوم ما أن تؤذى نفسك ؟ (هل لديك أفكار ما لأن تؤذى نفسك؟).

....

....

الحالة الاجتماعية.

إذا كنت متزوجة/ متزوجاً، السن: .... المهنة: ....

إذا كان لدى أطفال فاكتب قائمة بأسمائهم وأعمارهم:.

اسم الطفل...عمره.........

....

....

....

إذا كنت مطلقاً أو منفصلاً، فاذكر أسباب ذلك؟

....

....

دون أسماء الأشخاص الذين يعيشون فى أسرتك فى الوقت الحاضر ودرجة قرابتهم لك:.

الاسم   درجة القرابة.

على سبيل المثال (أم - ابنة - أخ - أخت).

....

....

الأسـرة.

الأم: ....

الاسم: ....   السن: .... المهنة : ....

إلى أى حد عاقبتك ؟ ....

إلى أى حد أثابتك؟..

كيف يصف الأشخاص الآخرون والدتك؟..

كيف تصف أنت والدتك؟...

ما الأنشطة التى كنت تفعلها مع والدتك عندما كنت طفلاً؟.

....

إلى أى حد كنت قريباً أو مرافقاً لوالدتك ؟ قليلاً ( ) متوسط ( ) كثيراً (.).

الأب: ....

الاسم: ....السن: .... المهنة : ....

إلى أى حد عاقبك؟..

إلى أى حد أثابك؟..

بماذا عاقبك؟...

بماذا أثابك؟...

كيف يصف الأشخاص الآخرين والدك؟..

كيف تصف أنت والدك؟..

ما الأنشطة التى كنت تفعلها مع والدك عندما كنت طفلاً؟......................

إلى أى حد كنت قريباً أو مرافقاً لوالدك ؟ قليلا ( ) متوسط ( ) كثيراً ( ).

الأخوة والأخوات:.

الاسم .... السن................

إلى أى حد كنت قريباً أو مرافقاً له/ لها؟.

....

....

....

هل والدك تحيز لأى أحد منكم ؟ نعم ( ) لا ( ).

وإذا كانت الإجابة بنعم: فمن هو ؟ ولماذا؟.

....

....

هل والدتك تحيزت لأى أحد منكم ؟ نعم ( ) لا ( ).

وإذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو ؟ ولماذا؟.

....

إلى أى مدى كانت مرافقة الوالدين لبعضهما ؟ قليلا ( ) متوسط ( ) كثيراً ().

تاريخ الأسرة من حيث المشاكل النفسية المهمة:.

....

التعليم: ....

المرحلة: ....ترتيبك فى النجاح: ....

الابتدائية: ....

الإعدادية: ....

الثانوية: ....

الكلية: ....

إلى أى درجة كنت متكيفاً لمواقف المدرسة؟.

بدرجة ضعيفة ( )   بدرجة متوسطة ( ) .

بدرجة جيدة ( )   بدرجة ممتازة ( ).

أذكر أى أحداث خاصة بالمدرسة تعتقد أن لها صلة بمشكلتك الحالية؟.

....

....

ما هواياتك واهتماماتك فى الطفولة؟.

....

....

وما هواياتك واهتماماتك فى الوقت الحاضر؟.

....

....

النواحى الجنسية.

متى وكيف عرفت أول معلومة عن الجنس؟.

....

هل حدث فى أى وقت أن تناقشت فى موضوعات جنسية مع الأصدقاء؟.

لا أبداً ( )   أحياناً ( )   غالباً ( )   كثيراً جداً ( ).

ماذا كان اتجاه الوالدين فيما يتعلق بالنواحى الجنسية؟.

يعتبرون الكلام فى موضوع الجنس شئ عيب جداً ( ).

لا يعتبرونه موضوعاً مخزياً بدرجة كبيرة ولكنهم لا يناقشونه ( ).

يعتبرونه موضوعاً طبيعياً ويناقش بدون ارتباك ( ).

صف أولى خبراتك الجنسية:.

....

....

.

لو أنك تستمنى باليد ، فمتى بدأت أول مرة؟.

....

....

.

ما نشاطك الجنسى فى الوقت الحاضر؟.

....

أ)- العادة السرية (الاستمناء).

يومية ( ) أسبوعية ( ) شهرية ( ) لا يوجد ( ).

ب)- اتصالات جنسية مع الجنس الآخر.

يومية ( ) أسبوعية ( ) شهرية ( ) لا يوجد ( ).

ج)- اتصالات جنسية مع نفس جنسك.

يومية ( ) أسبوعية ( ) شهرية ( ) لا يوجد ( ).

د)- الجماع الجنسى.

يومية ( ) أسبوعية ( ) شهرية ( ) لا يوجد ( ).

التاريخ الصحى.

اكتب (اذكر) أى أمراض قد تعرضت لها فى الطفولة:.

....

....

أذكر أى عمليات جراحية تكون قد أجريت لك:.

....

....

اكتب (اذكر) أى اعتلالات جسدية مزمنة مثل (ضغط الدم ـ السكر ـ اضطراب القلب.. إلخ).

....

....

إذا كان قد تم عمل فحص كلى فى أى وقت من الأوقات، فمتى كان ذلك؟

....

....

التصرفات السلوكية.

أكتب أية عيوب فى تصرفاتك السلوكية تعتقد أنها عندك:.

....

....

أكتب قائمة بخصائصك التى تعتقد أنها حسنة:.

....

....

من فضلك اكتب أى شئ يمكن أن يساعدنا على فهم مشكلتك:.

....

....

اختبار بيك Beck

إعداد: أ.د./ محمد نجيب الصبوة

أستاذ علم النفس الاكلينيكى. جامعة القاهرة.

يشتمل هذا الاختبار على مجموعة من العبارات، والمرجو منك أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بإمعان ثم تنتقى ممن كل مجموعة العبارات التى تصف تماماً الحالة التى كنت تشعر بها خلال الأسبوع الماضى (بما فى ذلك اليوم الحالى). ضع دائرة حول الرقم المكتوب على يمين العبارة التى وقع اختيارك عليها. وإذا رأيت أن أكثر من عبارة فى المجموعة الواحدة تنطبق عليك بنفس الدرجة فضع دائرة حول كل واحد منها، تأكد من قراءة كل العبارات فى كل مجموعة قبل أن يقع اختيارك على إحداها.

(١)	٠.	لا أشعر بالحزن.
	١.	أشعر بالحزن.
	٢.	أنا حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.
	٣	أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أنى لا أستطيع تحمل هذه الحالة.
(٢)	٠.	أنا ليست مثبط الهمة (ضعيف العزيمة) فيما يتعلق بالمستقبل بوجه خاص.
	١.	أشعر أن المستقبل غير مشجع.
	٢.	أشعر أنه لا يوجد شئ أتطلع إليه فى المستقبل.
	٣	أشعر أ، المستقبل ميئوس منه، ولن يحدث تقدم فى أى شئ.
(٣)	٠.	لا أشعر بالفشل.
	١.	أشعر أننى فشلت أكثر من أى شخص متوسط.
	٢.	كلما تطلعت إلى حياتى الماضية أجد فيها كثيراً من العثرات والفشل.
	٣	أشعر أننى شخص فاشل تماماً.
(٤)	٠.	أنا قانع وراضى تماما عن كل الأشياء التى تعودتها.
	١.	لا أجد أى متعة فى الأشياء التى اعتدت أن أقوم بها.
	٢.	لا أشعر بالرضا التام من أى شئ.
	٣	أشعر بعدم الرضا والملل من كل شئ.
(٥)	٠.	لا أشعر بالذنب بوجه خاص.
	١.	أشعر بالذنب بعض فترات من الوقت.
	٢.	ينتابنى الشعور بالذنب معظم الوقت.

	٣	أشعر الشعور بالذنب طوال الوقت.
(٦)	٠.	أشعر بأننى لم أعاقب قط.
	١.	أشعر بأننى من الممكن أن أعاقب.
	٢.	أتوقع أن أعاقب.
	٣	أشعر أننى بالفعل أعاقب.
(٧)	٠.	لا أشعر بأن أملى قد خاب فى نفسى.
	١.	أشعر بأن أملى قد خاب فى نفسى.
	٢.	أشعر بالاشمئزاز من نفسى.
	٣	أكره نفسى.
(٨)	٠.	لا أشعر بأننى أسوأ من أى شخص آخر.
	١.	أنقد نفسى لضعفى وأخطائى.
	٢.	ألوم نفسى طوال الوقت نتيجة لما عملته من أ×طاء.
	٣	ألوم نفسى على كل الأشياء السيئة التى حدثت لى.
(٩)	٠.	لا تراودنى أى أفكار للتخلص من حياتى.
	١.	تنتابنى أفكار للتخلص من حياتى ولكن لم أنفذها.
	٢.	أرغب فى قتل نفسى.
	٣	إذا أتيحت لى الفرصة فسوف أنتحر.
(١٠)	٠.	لا أبكى أكثر من المعتاد.
	١.	أبكى الآن أكثر مما تعودت.
	٢.	أبكى الآن طوال الوقت.
	٣	تعود أن أكون قادراً على البكاء، الآن لا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك
(١١)	٠.	لست غضبان الآن أكثر مما كنت دائما.
	١.	أنزعج وأغضب بسهولة أكثر مما كنت معتاداً.
	٢.	أشعر بالغضب الآن طوال الوقت.
	٣	لا تغضبنى بالمرة الأشياء التى تعودت أن أغضب منها.
(١٢)	٠.	لم أفقد الاهتمام بالآخرين.
	١.	أننى أقل اهتماماً بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى.
	٢.	فقدت معظم اهتمامى بالآخرين.
	٣	فقدت كل الاهتمام بالآخرين.
(١٣)	٠.	أتخذ القرارات بنفس الكفاءة التى اعتدت عليها.
	١.	أقوم بتأجيل القرارات أكثر من ذى قبل.
	٢.	أجد صعوبة كبيرة فى اتخاذ القرارات أكثر من ذى قبل.
	٣	لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.
(١٤)	٠.	لا أشعر أننى أبدو أقبح مما كنت.

	١.	أنا قلق لأنى أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.
	٢.	أشعر أن هناك تغير دائم فى مظهرى يجعلنى أقل جاذبية.
	٣	أعتقد أننى أبدو قبيحاً.
(١٥)	٠.	أستطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التى عملت بها قبل ذلك.
	١.	أشعر أن البدء فى عمل أى شئ يتطلب كثيراً من الجهد.
	٢.	يجب على أن أضغط على نفسى بشدة كى أعمل أى شئ.
	٣	لا أستطيع القيام بأى عمل على وجه الإطلاق.
(١٦)	٠.	أستطيع النوم كما تعودت.
	١.	لا أنام كما كنت معتاداً.
	٢.	أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد.
	٣	أستيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت، ولا أستطيع العودة إلى النوم ثانية.
(١٧)	٠.	لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
	١.	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت.
	٢.	أتعب بدون بذل أى مجهود.
	٣	أشعر بالإرهاق حتى أننى لا أستطيع القيام بأى عمل.
(١٨)	٠.	شهيتى للطعام ليست أسوأ من المعتاد.
	١.	شهيتى ليست مفتوحة كما كانت.
	٢.	شهيتى الآن سيئة جداً.
	٣	فقدت شهيتى تماماً.
(١٩)	٠.	لم أفقد كثيرا من وزنى مؤخرا.
	١.	نقص وزنى أكثر من ٢ كيلو جرام.
	٢.	نقص وزنى أكثر من ٥ كيلو جرام.
	٣	نقص وزنى أكثر من ٧ كيلو جرام.
(٢٠)	٠.	لا أشعر بقلق على صحتى أكثر من المعتاد.
	١.	أشعر بالقلق من أجل عدة مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع أو الآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك.
	٢.	أشعر بانشغال البال بالنسبة لبعض المشاكل الصحية ومن الصعب على التفكير فى أى شئ آخر.
	٣	أشعر بأن بالى مشغول جداً بخصوص مشكلات صحية لدرجة أننى لا أستطيع التفكير فى أى شئ آخر.
(٢١)	٠.	لم ألاحظ أى تغير فى اهتمامى بالجنس فى الفترة الأخيرة.
	١.	أصبح اهتمامى بالجنس أقل مما تعودت.
	٢.	أننى أقل اهتماماً بالتفكير في الجنس.
	٣	فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

من صفر ـ ٩	اكتئاب عادى.
من ١٠ – ١٩	اكتئاب خفيف.
من ٢٠ – ٢٩	اكتئاب متوسط.
من ٣٠ – ٦٣	اكتئاب شديد.

قائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب.

اسم المريض: ....التاريخ: ....../......./............

لعلاج: ....

مدى الدرجات	الأعراض	الدرجة
صفر – ٤	المزاج الإكتائبي	
	الإبتئاس والغم والتشاؤم بشأن المستقبل	
	مشاعر الحزن	
	الرغبة في البكاء	
	الحزن ١	
	البكاء من حين لآخر ٢	
	البكاء بشكل مستمر ٣	
	أعراض حزن شديد ٤	
صفر – ٤	تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب	
	لوم النفس والشعور بالذنب وأنه خيب ظن الآخرين فيه	
	أفكار بشأن أنه مذنب وخاطئ	
	مرضه الحالي عقاب نزل به	
	ضلالات وأوهام بشأن ارتكابه آثاما مع الإحساس بالذنب	
	هلاوس بشأن الإحساس بالذنب	
صفر – ٤	الإنتحار	
	يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش	
	يتمنى الموت	
	أفكار بشأن الانتحار	
	محاولات انتحار	

مدى. الدرجات	الأعراض	الدرجة
صفر – ٤	توهـم المرض	
	الانشغال الزائد بالجسم	
	الانشغال بالصحة	
	ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض	
صفر – ٢	الأرق: في بداية الليل	
صفر – ٢	الأرق: في منتصف الليل	
صفر – ٢	الأرق: حتى ساعة متأخرة من الليل	
صفر – ٢	البلبلة والإرتياع	
	عدم الاستقرار (فرك الأيدي والتمشي جيئة وذهاباً)	
صفر – ٢	أعراض جسمية	
	معدية معوية: فقدان الشهية – الإحساس بثقل في البطن – الإمساك	
صفر – ٢	أعراض جسمية عامة:	
	ثقل في الأطراف أو الظهر أو الرأس	
	آلام غير محددة في الظهر	
	فقدان الحيوية وسهولة التعب	
صفر – ٢	أعراض جنسية	
	فقدان الرغبة الجنسية – اضطرابات الطمث	
صفر – ٢	الاستبصار	
	لم يفقد استبصاره صفر	
	فاقد للاستبصار جزئياً ١	
	فاقد للاستبصار ٢	
صفر – ٢	نقص الوزن	
صفر – ٤	العمل واهتمامات الحياة	

مدى. الدرجات	الأعراض	الدرجة
	مشاعر بالعجز وعدم القدرة وفتور الهمة	
	غير حاسم ولا يستطيع اتخاذ قرار	
	فقدان الاهتمام بأي هوايات	
	نقص الأنشطة الاجتماعية	
	نقص الإنتاجية	
	عدم القدرة على العمل.	
صفر – ٤	التكاسل والتثاقل	
	بطء التفكير والكلام والنشاط	
	اللامبالاة والذهول	
	بطء طفيف خلال المقابلة ١	
	تثاقل وتكاسل واضح خلال المقابلة ٢	
	صعوبة إجراء المقابلة ٣	
	الذهول الكامل ٤	
صفر – ٤	القلق النفسي	
	التوتر وسهولة الاستثارة	
	الإنشغال والقلق بالأمور التافهة	
	التوجس وتوقع الشر	
	المخاوف	
صفر – ٤	القلق الجسمي	
	أمراض معدية معوية: أرياح وعسر هضم	
	قلبية: خفقان وصداع	
	تنفسية	

- أعد ماكس هاملتون (صاحب مقياس القلق) قائمة لتشخيص مرض الإكتئاب وتقدير شدته، فمن خلال المقابلة التي يجيبها فاحص متمرس تعطى درجة لمختلف الأعراض وعددها ١٧ عرضاً.

- وتتراوح الدرجة من صفر إلى ٤، وهناك أعراض تتراوح درجتها من صفر إلى ٢ وأخرى تتراوح درجتها من صفر إلى ٤ وفق الجدول التالى:

الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى ٤	الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى ٢
صفر = لا توجد أعراض	صفر = لا توجد أعراض
١ = أعراض طفيفة	١ = أعراض طفيفة
٢ -٣ = أعراض حادة	٢- توجد أعراض واضحة
٤ = أعراض حادة	

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقاً للمعايير التالية:

من صفر إلى ٩	اكتئاب عادي
من ١٠ إلى ١٧	اكتئاب شبه عادي
من ١٨ إلى ٢٥	اكتئاب خفيف
من ٢٦ إلى ٣٨	اكتئاب متوسط
٣٩ إلى ٥٠	اكتئاب شديد

استخبار توكيد الذات (ك.ذ.).

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تعبر عن بعض السلوكيات التى يمكن أن تصدر عنا فى مواقف مختلفة. والمطلوب منك تحديد مدى انطباق هذه السلوكيات عليك، وذلك على النحو التالى:.

ضع علامة (✓) فى المربع (١) إذا كان السلوك لا يحدث إطلاقاً.

ضع علامة (✓) فى المربع (٢) إذا كان السلوك يحدث بدرجة قليلة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٣) إذا كان السلوك يحدث بدرجة متوسطة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٤) إذا كان السلوك يحدث بدرجة كبيرة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٥) إذا كان السلوك يحدث تماماً.

مثال:

م	العبارات	لا. يحدث. إطلاقاً. (١)	يحدث. بدرجة. قليلـــة. (٢)	يحدث. بدرجة. متوسطة. (٣)	يحدث. بدرجة. كبيرة. (٤)	يحدث. تماماً. . (٥)
	أرفض أن أجامل أصدقائى على حساب نفسي.			✓		

معنى ذلك أنك تقوم بعمل هذا السلوك بدرجة متوسطة.

م	العبارات	لا. يحدث. إطلاقاً. (١)	يحدث. بدرجة. قليلـة. (٢)	يحدث. بدرجة. متوسطة. (٣)	يحدث. بدرجة. كبيرة. (٤)	يحدث. تماماً. . (٥)
١	يصعب عليّ مقاومة إلحاح بائع يعرض سلعة ما.					
٢	أناقش رئيسى فى العمل فى وجهات النظر التى لا أوافق عليها					
٣	أوقف جارى الذى يسبب لى إزعاجا عند حده.					
٤	يصعب عليّ التعـبير عن غضبى لشخص أهاننى أمام جمع من الناس.					
٥	يصعب عليّ تحديد وجهة نظرى، قبل أن أعرف آراء أصدقائى					
٦	أطلب من صديق تعديل بعض سلوكياته التى يستاء منها الآخرون					
٧	يصعب عليّ التعبير عن حبى لشخص عزيز عليّ.					
٨	أقاوم إلحاح شخص أو جماعة لتناول شئ لا أرغب فيه.					
٩	أميل إلى الشك فى رأيى، إذا اختلف عن آراء أصدقائى.					
١٠	يصعب عليّ مناقشة شخص ينتقد سلوكى أو آرائى.					
١١	أطلب ممن حولى أن يتركوننى بمفردى عندما أكون متضايقاً					
١٢	يمكننى الشكوى لشخص تربطنى به علاقة قوية.					
١٣	إذا اتفق أفراد أسرتى أو أصدقائى على شئ فسرعان ما أوافق عليه					
١٤	يصعب عليّ مواجهة صديق عزيز برأيى فيه بصراحة.					

م	العبارات	لا. يحدث. إطلاقاً. (١)	يحدث. بدرجة. قليلـــة. (٢)	يحدث. بدرجة. متوسطة. (٣)	يحدث. بدرجة. كبيرة. (٤)	يحدث. تماماً. . (٥)
١٥	لا أتنازل عن حقي مهما كان صغيرا.					
١٦	يصعب عليّ مقاطعة صديق كثير الكلام.					
١٧	أتمسك برأيي حتى ولو اختلف مع آراء الأخرين.					
١٨	أعاتب أحد أفراد أسرتي لقيامه بفتح أوراق أو رسائل تخصني					
١٩	يصعب عليّ أن أطلب من الأخرين رد أشياء استعاروها مني.					
٢٠	أعبر عن ضيقي من شخص بسبب شئ فعله.					
٢١	يصعب عليّ أن ارفض دعوة لحضور حفل، رغم أني لا أحمل لصاحبها مشاعر إيجابية.					
٢٢	غالبا ما أستجيب لصديق يحاول فرض رأيه عليّ أثناء شرائي لشئ ما.					
٢٣	أوضح الجوانب الجيدة في عملي لمن ينتقده.					
٢٤	يصعب عليّ أن أطلب من الآخرين تغيير طريقة تعاملهم معي لأنها تضايقني.					
٢٥	أعبر عن خيبة أملي في شخص لأنه خذلني في موقف.					
٢٦	أحتج على موظف ينهي مصالح معارفه أولاً على حسابي.					
٢٧	إذا انتقد أحد أصدقائي سلعة اشتريتها، أتخلى عنها بسهولة.					
٢٨	أعبر لشخص عن تأييدي لوجهة نظر جيدة قالها في اجتماع عام					

م	العبارات	لا. يحدث. إطلاقاً. (١)	يحدث. بدرجة. قليلة. (٢)	يحدث. بدرجة. متوسطة. (٣)	يحدث. بدرجة. كبيرة. (٤)	يحدث. تماماً. . (٥)
٢٩	يصعب عليّ التعبير عن سعادتي بلقاء شخص ما.					
٣٠	أحتج على خدمة سيئة قدمت لي في مطعم أو مصلحة حكومية					
٣١	لا أؤذى مشاعر الآخرين حتى لو جرحوا مشاعري.					
٣٢	يصعب عليّ أن أطلب من شخص عدم الاستهزاء برأي قلته.					
٣٣	يمكنني أن امتدح شخصا أدى عملا جيدا.					
٣٤	من السهل عليّ أن أرفض طلب مقابلة أو موعد إن كان وقتي لا يسمح.					
٣٥	أعبر عن آرائي بصراحة، حتى لو اختلفت مع آراء الآخرين.					
٣٦	يصعب عليّ انتقاد آراء الآخرين، حتى لو كنت على صواب وهم على خطأ.					
٣٧	أطلب من شخصين في سينما التحدث بصوت منخفض حتى استمتع بالفيلم.					
٣٨	يصعب على التعبير عن غضبي أمام رئيسي في العمل لأنه ظلمني.					
٣٩	يصعب عليّ رفض القيام بخدمة لشخص عزيز، رغم أنها تعرضني للحرج.					
٤٠	أعتز بآرائي وقراراتي، مهما اختلفت مع الآخرين.					
٤١	من الصعب عليّ أن أواجه زملائي بعيب ما في عملهم.					
٤٢	يصعب عليّ أن أطالب بمكافأة أو ترقية رغم استحقاقي لها.					

م	العبارات	لا. يحدث. إطلاقاً. (١)	يحدث. بدرجة. قليلة. (٢)	يحدث. بدرجة. متوسطة. (٣)	يحدث. بدرجة. كبيرة. (٤)	يحدث. تماما. . (٥)
٤٣	أشعر بالخجل من التعبير عن توترى فى المواقف الاجتماعية.					

ن = ٢٥.

م = ١٢٢.　　　　ع = ١٤.٣٠.

أ الفا = ٠.٦٧.

التعلق بالمحك = ٠.٥٠٨.　　　　دال عند ٠.٠٥.

اختبار حل المشكلات الاجتماعية (ح ش ج).

تأليف: اسامة محمد الغريب.

إشراف.

أ د./ محمد نجيب أحمد الصبوة.

أ د./ حسن على حسن مسلم.

فيما يلى نقدم لك مجموعة من العبارات التى تصف الطريقة التى نفكر أو نتصرف أو نشعر بها عندما تواجهنا مشكلة فى حياتنا اليومية (مثل: المشكلات التى تقع بين الزوجين، أو المشكلات التى تقع بين زملاء العمل، أو المشكلات التى قد تحدث بين الأصدقاء، أو المشكلات المالية أو الصحية... إلخ). والمطلوب منك تحديد مدى انطباق هذه العبارات عليك، وذلك على النحو التالى:.

ضع علامة (✓) فى المربع (١) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك.

ضع علامة (✓) فى المربع (٢) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة قليلة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٣) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٤) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة.

ضع علامة (✓) فى المربع (٥) إذا كانت العبارة تنطبق عليك تماماً.

لا تضع أكثر من علامة واحدة فى إجابتك على البند. ولا تترك أى عبارة دون تحديد موقفك بالنسبة لها.

م	العبارات	لا. تنطبق. على. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلـــة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تماماً. . (٥)
١	أفضل مواجهة مشكلاتى بنفسى					
٢	أتفحص المعلومات المتوفرة عن المشكلة، وأحدد ما له علاقة بها.					
٣	عادة لا أهتم بتقييم بدائل حل المشكلة أو المقارنة بينها بدقة.					
٤	أحاول التأليف بين الحلول المختلفة للحصول على أفضل حل ممكن.					
٥	عادة ما أقارن النتائج الفعلية مع ما توقعته من تنفيذ حل المشكلة.					
٦	عندما تواجهنى مشكلة صعبة، أشك بوجود حل لها.					
٧	أحاول تجزئة المشكلات المعقدة إلى مشكلات بسيطة، حتى أتمكن من حلها.					
٨	أفشل غالبا فى تحديد أفضل بدائل حل المشكلة.					
٩	أنفذ عادة أول فكرة تطرأ على ذهنى لحل المشكلة.					
١٠	عادة ما أشعر بالرضا عن النتائج التى ترتبت على تنفيذ حل المشكلة.					
١١	أعتقد أنى لو ثابرت، سوف أتمكن من حل المشكلات التى تواجهنى.					
١٢	أحاول تحليل موقف المشكلة، لتحديد المعوقات التى تواجهنى.					

م	العبارات	لا. تنطبق. على. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلــة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تماماً. . (٥)
١٣	أحاول التنبؤ بالنتائج المترتبة على كل بديل، لاختيار أفضل حل للمشكلة.					
١٤	عادة ما أفكر في حلول جديدة للمشكلات التي تواجهني.					
١٥	أشك في قدرتي على حل المشكلات الصعبة مهما بذلت من جهد.					
١٦	أحاول معرفة ما إذا كانت المشكلة حدثت بسبب مشكلة أخرى.					
١٧	عندما أنفذ حل المشكلة، أحاول معرفة ما أدى للصواب، وما أفضى إلى الخطأ.					
١٨	عندما تواجهني مشكلة صعبة، أفكر مباشرة في البحث عن مساعدة.					
١٩	أحاول جمع حقائق عديدة عن المشكلة، تساعدني في تحديدها.					
٢٠	احتاج لوقت طويل للحكم على مدى ملاءمة كل بديل من بدائل الحل.					
٢١	أحاول الاستفادة من الحلول الممكنة للمشكلة في وضع حل جيد ومناسب.					
٢٢	أتحقق من مدى شعوري بالرضا بعد تنفيذ حل المشكلة.					
٢٣	عادة أنتظر أن تحل المشكلة نفسها.					
٢٤	أحاول معرفة ما إذا كانت					

م	العبارات	لا. تنطبق. على. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلـــة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تماماً. . (٥)
	المشكلة جزءا من مشكلة أكبر، يجب التعامل معها.					
٢٥	أحاول تحديد إيجابيات وسلبيات تنفيذ كل بديل من بدائل الحل لاختيار الأنسب.					
٢٦	عادة لا أضع بدائل عديدة لحل المشكلة.					
٢٧	أدرب نفسي على الحل قبل أن أنفذه، حتى تزيد فرص نجاحه.					
٢٨	عادة أحاول تأجيل حل المشكلة قدر الإمكان.					
٢٩	أقيم عادة مدى أهمية المشكلة بالنسبة لي أو للمقربين مني.					
٣٠	أحدد درجة رضائي عن كل بديل لحل المشكلة، لاختيار الأفضل منها.					
٣١	أحاول عادة التفكير بأساليب مختلفة لفهم المشكلة.					
٣٢	عندما تكون نتائج الحل غير مرضية، أحاول اكتشاف الخطأ ثم أكرر المحاولة.					
٣٣	أتجنب التعامل مع المشكلات التي تواجهني.					
٣٤	عادة أضع أهدافا تجعلني دقيقا في تحديد ما أسعى لإنجازه من حل المشكلة.					
٣٥	أهتم بتقييم مدى تغير الموقف إلى الأفضل بعد تنفيذ حل المشكلة.					

م	العبارات	لا. تنطبق. على. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلــة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تماماً. . (٥)
٣٦	أشعر بالخوف والقلق عندما تواجهنى مشكلة صعبة.					
٣٧	أتفحص ما يحيط بى من ظروف قد تسهم فى حدوث المشكلة.					
٣٨	أستخدم أسلوبا منظما للحكم على البدائل المختلفة للحل، والمقارنة بينها.					
٣٩	أضع أهدافى أمامى، وأنا أحاول إيجاد حل للمشكلة.					
٤٠	عادة ما تنجح حلول مشكلاتى فى تحقيق أهدافى.					
٤١	أشعر بإحباط شديد عندما تفشل محاولاتى المبدئية لحل المشكلة.					
٤٢	أحاول الحصول على معلومات مباشرة عن المشكلة تساعد فى توضيحها.					
٤٣	أعتقد أنى متسرع فى اتخاذ القرارات عندما أحل مشكلة.					
٤٤	أحاول النظر للمشكلة من زوايا مختلفة حتى أتمكن من حلها.					
٤٥	أشعر بالارتباك عندما أنشغل بحل مشكلة مهمة.					
٤٦	لا أهتم بوضع خطة لجمع المعلومات عن المشكلات التى تواجهنى.					
٤٧	أشعر بالرضا عموما، عن القرارات التى أتخذها لحل مشكلاتى.					

م	العبارات	لا. تنطبق. علي. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلـــة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تماماً. . (٥)
٤٨	عندما تواجهني مشكلة، استدعى في ذاكرتي الحلول التي نفذتها مع مشكلات مشابهة لها.					
٤٩	عادة ما أتحقق من أن حل المشكلة أنجز معظم أهدافي.					
٥٠	ينتابني شعور بالاكتئاب وأنا أحاول حل مشكلة مهمة.					
٥١	لا أستطيع تحديد المشكلة التي تواجهني بوضوح.					
٥٢	لا أتردد في اتخاذ قرارات حاسمة لحل المشكلة.					
٥٣	أهتم بإعداد خطة لحل المشكلة.					
٥٤	عادة ما أحاول تهيئة الظروف التي تساعد على نجاح تنفيذ الحل.					

ن = ٢٥.

ع = ٢١,٢٩.

م = ١٧١.

أ الفا = ٠,٧٤.

دال عند ٠,٠٥.

التعلق بالمحك = ٠,٥٠٨.

استخبار الأفكار الآلية.

.Automatic thoughts Questionaire

.Philip. C. Kendal and Steven. D. Hollon

تأليف: فيليب كندال . ستيفن هولون

إعداد

محمود عيد مصطفى

إشراف

أ.د./ محمد نجيب الصبوة   أ.د./ حسن على حسن مسلم.

وصف الاستخبار:.

يتكون الاستخبار من ٣٠ بنداً ، لقياس تكرار، ومعدل حدوث الأفكار الآلية السلبية عن الذات، والتى تؤدى دوراً مهما فى نشأة أو استمرار، وظهور أعراض مرضية مختلفة منها الاكتئاب. ويتضمن الاستخبار أربعة محاور هى:.

١- عدم التوافق الشخصى والرغبة فى التغيير.

1- Personal maladjustment and for change. (PMDC).

٢- التصورات السلبية عن الذات والتوقعات السلبية.

2- Negative Self concepts and Negative expectations (NSNE).

٣- انخفاض تقدير الذات. .

3- Low self esteem (LSE).

4- Helplessness.

٤- العجز المكتسب. .

المعايير:.

تم تقنين الاختبار على عينة قوامها ٢١٢ طالبا بمتوسط عمرى قدره ٢٠.٢٢ سنة وانحراف معيارى قدره ٤.٢٤ سنة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة مرتفعى الاكتئاب ومجموعة منخفضى الاكتئاب وذلك بناءً على

إجابات أفراد العينة على قائمة بيك للاكتئاب. ومقياس الاكتئاب من قائمة الشخصية متعددة الأوجه، وكان متوسط أداء المجموعة الأولى ٧٩.٦٤ م ± ٢٢.٢٩ ع وكان متوسط أداء المجموعة غير المكتئبة (الأقل اكتئاباً) هو ٤٨.٥٧ بانحراف معيارى قدره ١٠.٨.

تصحيح الاختبار:.

يتراوح تقدير الدرجة بين ١- ٥ لكل بند على النحو التالى:.

١	تعنى	أبداً.
٢	تعنى	أحياناً.
٣	تعنى	بدرجة متوسطة.
٤	تعنى	غالباً.
٥	تعنى	دائماً.

استخبار الأفكار الآلية.

.Automatic thought Questionnaire (ATQ)

التعليمات:.

تحتوى القائمة التالية على عدد من الأفكار التى تقفز (تطرأ) فجأة على تفكير بعض الأشخاص، من فضلك اقرأ كل فكرة أو عبارة بعناية ووضح مدى تكرارها عليك خلال الأسبوع الماضى وذلك بأن تضع علامة فى المربع المناسب أمام كل عبارة مستخدما التقديرات التالية لكل رقم:.

١- يعنى أنه لا تطرأ عليك أبداً.

٢- يعنى أحياناً.

٣- يعنى بدرجة متوسطة.

٤- يعنى غالباً.

٥- يعنى دائماً.

واليك المثال التالى:

	أبداً. ١	أحياناً. ٢	درجة متوسطة. ٣	غالباً. ٤	دائماً. ٥
- أنا شخص محبوب			✓		

وهذه الإجابة تعنى أن هذه الفكرة ترد على ذهنى بدرجة متوسطة.

والآن .. اقلب الصفحة وابدأ الإجابة.

العبارات	أبداً	أحياناً	درجة متوسطة	غالباً	دائماً
١- أشعر بأني وحدى في مقابل كل العالم.					
٢- أنا لست بالشخص الجيد.					
٣- أنا لا أستطيع النجاح أبدا.					
٤- لا أحد يفهمني.					
٥- أنا دائما أقل ممن حولي.					
٦- لا أعتقد أنني لدى القدرة على الاستمرار.					
٧- أتمنى أن أكون شخصا أفضل.					
٨- أنا ضعيف جدا.					
٩- حياتي لا تسير بالشكل الذى أريده.					
١٠- أنا محبط في نفسي.					
١١- لا شئ يبعث على السرور.					
١٢- لا يمكنني أن أفعل ذلك ثانية.					
١٣- لا يمكنني البدء في أي عمل أو نشاط.					
١٤- لا أعرف ما يحدث لي.					
١٥- أتمنى لو كنت في مكان أخر.					
١٦- لا أستطيع جمع عدد من الأشياء معا.					
١٧- أكره نفسي.					
١٨- أنا عديم القيمة (أو أنا أشعر بتفاهتي).					
١٩- أتمنى لو أستطيع أن اختفى.					
٢٠- لا أعرف ما يشغلني.					
٢١- أنا خاسر.					
٢٢- حياتي بائسة.					
٢٣- أنا فاشل.					
٢٤- لن أفعلها أبدا.					
٢٥- أشعر بالعجز التام.					
٢٦- هناك شئ يجب أن يتغير.					
٢٧- لابد أنه هناك شيئا خاطئا يحدث لي.					
٢٨- مستقبلي كئيب.					

العبارات	أبداً	أحياناً	درجة متوسطة	غالباً	دائماً
٢٩- كل شئ لا قيمة له عندى.					
٣٠- لا أستطيع إنهاء أى شئ.					

ن = ٢٥ م = ٧٩،٦٤ ع = ٢٢،٢٩ .

الأسوياء: م = ٤٨،٥٧ ع = ١٠،٨٨٩.

ألفا = ٠،٨٦.

صدق المضمون = نسبة الاتقان ٩٠٪

العيادة النفسية.
اخصائى نفسى.
أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة

استخبار اختلال الاتجاهات (صورة أ).

تأليف.

أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة.
أستاذ علم النفس الإكلينيكى بجامعة القاهرة.

الاسم: .... التاريخ: ...../..../..........

فيما يلى التعليمات:.

أمامك عدد من العبارات التى تعبر عن بعض الاتجاهات والاعتقادات التى يمكن أن توجد لدى أى فرد. والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة على حدة وتقرر ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا ، إذا كانت تنطبق عليك فهذا يعنى إنك موافق عليها وإذا لم تنطبق عليك فهذا يعنى إنك غير موافق عليها.

١	٢	٣	٤	٥
معارض تماما	معارض إلى حد ما	لا أعرف	موافق إلى حد ما	موافق تماما

البنـــــــود	١	٢	٣	٤	٥
١. قد تتضاءل أهميتى لدى الناس إذا ما ارتكبت خطأ ما.					
٢. يجب أن أكون شخصا نافعا ومبتكرا وإلا أصبحت الحياة بلا هدف					
٣. أجد متعة كبيرة إذا فعلت أشياء أريدها وأسعدت الآخرين.					
٤. عن طريق تفسيرى للمواقف يمكننى التحكم فى مشاعرى.					
٥. إذا لم تستطع أداء شئ ما بدقة، فهذا معناه أنك عاجز عن أدائه.					

٥	٤	٣	٢	١	البنـــــــــود
					٦. فكرة الناس الآخرين عني شئ مهم جدا.
					٧. يجب أن يهيئ الناس لأسوأ العواقب وإلا أصيبوا بخيبة أمل.
					٨. يجب أن يكون لدى القدرة على إسعاد الجميع.
					٩. على الرغم من أن الشخص لا يمكنه التحكم فى كل ما يحدث له فإنه يمكنه أن يتحكم فى طريقة تفكيره فيما يحدث.
					١٠. من العار على الشخص أن يظهر ضعفه.
					١١. إذا بقى الشخص بمفرده مدة طويلة فإن ذلك قد يشعره بالوحدة.
					١٢. يجب على الشخص أن يكون الأحسن فى كل شئ يقوم به.
					١٣. إن لم يكن الشخص ناجحا تكون الحياة بلا معنى.
					١٤. ليس حتميا أن يصبح الشخص محبطا إذا وجد صعوبات فى الوصول إلى ما يريد.
					١٥. أعتبر نفسى شخصا أحمقا إذا صدرت منى تصرفات تدل على ذلك.
					١٦. يجب أن تكون لدى القدرة على التحكم الكامل فى مشاعرى.
					١٧. أستطيع إمتاع نفسى حتى ولو لم يحبنى الآخرين.
					١٨. إذا لم أستطيع أن أصل إلى أعلى المستويات سأشعر بأننى أقل مستوى من غيرى.
					١٩. إذا لم أودى عملى بصورة جيدة طوال الوقت لن يحترمنى الناس.
					٢٠. يجب على الشخص أن يبحث عن الحل العملى للمشاكل بدلاً من أن يبحث عن الحل الأمثل.
					٢١. قيمتى كشخص تعتمد بدرجة كبيرة على فكرة الناس عنى.
					٢٢. يجب على الشخص أن يتقن كل عمل يقوم به.
					٢٣. إذا اختلف معى إنسان فهذا يعنى إنه لا يحبنى.
					٢٤. لا أستطيع أشعر بالسعادة إذا لم يعجب بى معظم الناس الذين أعرفهم.
					٢٥. آرائى فى نفسى أكثر أهمية لى من آراء الآخرين فىّ.

البنــــــــــود	١	٢	٣	٤	٥
٢٦. اعتبر نفسى شخصا سيئا إن لم أعمل الناس بطريقة مقبولة ومحترمة.					
٢٧. أنه شئ مؤلم أو مزعج أن أكون مهملا من الأشخاص المهمين بالنسبة لي.					
٢٨. أشعر بالحــزن إن لم يكن لى أناس أعتمــد عليهــم.					
٢٩. سوف يحبنى الناس حتى ولو لم أكن ناجحا.					
٣٠. إذا عرف الآخرون حقيقة ما تحب سوف تقل فى نظرهم.					
٣١. عندما أقوم بالمجازفة فأنا أبحث عن المتاعب.					
٣٢. تتلاشى المشكلات إذا ما تجنبتها.					
٣٣. لا يستطيع أحد أن يؤذينى بكلامه، ولكن الأذى يصيبنى بسبب طريقــة تصــرفي إزاء كلامه.					
٣٤. يمكن أن يهتم بى الآخرين حتى لو عرفوا نقاط ضعفى.					
٣٥. إذا فشلت جزئيا فهذا معناه أننى فشلت كليا.					
٣٦. سوف يرفض الناس إذا عرفوا جميع نقاط ضعفك.					
٣٧. أستطيع أن أحقق أهــدافى بدون التقــليل من قدرى.					
٣٨. سعادتى تتوقف على الآخرين أكثر مما تتوقف على.					
٣٩. إذا لم يحــبنى من أحبه فهذا يعــني أننى غير محبوب.					
٤٠. يجب أن يكون لدى القدرة على حل مشاكلى بسرعة وبدون بذل مجهود كبير.					

ن = ٢٥.

أ الفا = ٠,٧٥.

نسبة الاتفاق بين المحكين = ٨٨٪.

استخبار اختلال الاتجاهات (صورة ب).

تأليف.

أ.د/ محمد نجيب أحمد الصبوة.

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة.

الاسم: ....التاريخ: ...../..../...........

تعليمات:.

فيما يلى عدد من العبارات التى تحتوى على اعتقادات واتجاهات مختلفة عند بعض الأشخاص. أقرأ كل عبارة جيداً وقرر ما إذا كنت توافق على أم الاعتقاد الذى تطرحه كل عبارة. استخدم الرقم الذى يدل على درجة اعتقادك فيه.

١	٢	٣	٤	٥
معارض تماما	معارض إلى حد ما	لا أعرف	موافق إلى حد ما	موافق تماما

البنـــــود	١	٢	٣	٤	٥
١- أشعر بالسعادة حتى ولو لم يوجد من يحبنى فى هذا الكون.					
٢. أسعد الناس من يتمتع بمقومات النجاح (المظهر الجيد والشهرة والثروة).					
٣. يجب أن أكون سعيدا طوال الوقت.					
٤. اللجوء لشخص آخر للنصيحة أو المساعدة دليل على الضعف.					
٥. لا يزعجنى رأى الناس من حيث كونى غير جذاب.					
٦. على الرغم من فقدى لأشياء كثيرة فى حياتى فإننى أشعر بالسعادة.					
٧. الشخص الأنانى هو ما يدل سلوكه وتصرفاته على الأنانية.					

٨. أشعر بالدونية إذا ما سألني أحد سؤالا ما.					
٩. إذا كان هناك شخص ليس مهتما فهذا يعنى أنه لا يحبني.					
١٠. سعادتي تنبع من فكرتي عن نفسي لا من فكرة الآخرين عني.					
١١. عند قيامي بعمل ما يجب على الناس أن يتوقعوا نجاحي.					
١٢. يمكنني الحصول على احترام الآخرين بدون مواهب خاصة.					
١٣. أسلوبي في الحياة يسبب السعادة للآخرين.					
١٤. لا أبالي بالآخرين في سبيل إتمام عمل ما.					
١٥. يمكن أن أتحمل مسئولية أفعالي لا أفعال الآخرين.					
١٦. أفضل الناس قيمة من لديهم أفكارا جيدة.					
١٧. لا أشعر بالسعادة إذا فقدت حب الآخرين.					
١٨. المجازفة التي تجعل الخسارة كارثة تعتبر غباء.					
١٩. أشعر بالدونية إذا لم أفعل كما يفعل الآخرون.					
٢٠. يمكنني أن أؤثر على سلوك الآخرين لكنني أعجز عن السيطرة عليهم.					
٢١. إن حياتي تضيع هباء إذا لم أكن ناجحا.					
٢٢. أشعر بالألم إذا لم يهتم بي من أرعاه.					
٢٣. إن لم أنجح في عملي فأنا شخص فاشل.					
٢٤. إذا لم يتقبلني الآخرون فيجب أن أفكر في تغيير أسلوبي.					
٢٥. إذا أخفقت تكون غلطتي وإذا أصبت تكون صدفة.					
٢٦. من يرتكب خطأ ولو مرة واحدة ينتقده الناس دائما.					
٢٧. أحصل على النجاح بقدر ما بذلت من جهد.					
٢٨. لن تشعر بالسعادة إذا لم تكن ذو مظهر جيد (ذكاء وثراء وإبداع).					
٢٩. إذا لم يتمتع الآخرون بالحزم فلن أستطيع الثقة فيهم.					
٣٠. لا تتوقف سعادتي على موافقتي للناس.					
٣١. يجب أن أحقق مستوى أعلى لنفسي من الآخرين.					
٣٢. أنا لا شئ إذا لم يحبني الشخص الذى أحبه.					

٣٣. يجب على الشخص أن يكون قادرا على السيطرة على ما يحدث له.					
٣٤. أستمتع بأى نشاط أمارسه بغض النظر عن النتيجة النهائية.					
٣٥. لا يحتاج الشخص أن يكون محبوبا ليكون سعيدا.					
٣٦. لن تشعر بالسعادة إذا ابتعدت عن الآخرين.					
٣٧. طلب المساعدة من شخص ما دليل على الضعف.					
٣٨. لو كنت أريد أن أكون إنسانا ذا قيمة يجب أن أكون شخصاً مميزاً جدا.					
٣٩. إذا أردت أن أكون شخصا كفؤا ومتدينا فيجب على أن أساعد كل محتاج.					
٤٠. لا فائدة للحياة إن لم أكن شخصا منتجا.					

☐. ن = ٢٥

☐. ألف = ٠.٦٥

☐. نسبة الاتفاق بين المحكين = ٨٥٪

قائمة.
(٣) النشاطات السارة المعارضة للاكتئاب.
التقييم عبارة عن درجة من عشرة.

تأليف.

أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة.
أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة

م	نشاطات سارة تتعارض. مع المعاناة من الاكتئاب	التكرار		درجة الاكتئاب قبل الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة
		يوميا	أسبوعيا			
١	اجتمع مع أشخاص سعداء					
٢	اضحك بعمق					
٣	شاهد منظرا جميلا وركز عليه					
٤	ارتد غيارا أو ملابس نظيفة					
٥	قل شيئا جميلا متفائلا للمقربين منك					
٦	استمع للقرآن الكريم					
٧	اقرأ القرآن الكريم أو الإنجيل.					
٨	تحدث عن شئ سار أو مرح					
٩	شاهد مسرحية كوميدية					
١٠	شاهد أي شئ تحبه خارج المنزل					
١١	قم بإعداد شئ تحبه					
١٢	تناول طعاما أو شرابا بالخارج					
١٣	اجتمع مع أشخاص منجزين					
١٤	اقصد بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة					
١٥	تحدث بإعجاب عن بعض منجزاتك					
١٦	تعرف على شخصيات جديدة تحظى بالتقدير					

م	نشاطات سارة تتعارض. مع المعاناة من الاكتئاب	التكرار		درجة الاكتئاب قبل الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة
		يوميا	أسبوعيا			
١٧	اشعر بوجود الله وتحدث عن رعايته لك					
١٨	ابتسم باستمرار للآخرين					
١٩	اقتطع وقتا متعمدا للفراغ الممتع					
٢٠	شاهد غروب الشمس مع من تحب					
٢١	نعم بعمق واستمتع بالنوم					
٢٢	اسرح مع المناظر الجميلة التى تحبها					
٢٣	تحدث عن شخص مرح يحب النكت					
٢٤	تخيل مواقف الراحة مع من تحب					
٢٥	تخيل عظمة المستقبل الذى ينتظرك					
٢٦	كافئ نفسك على إنجاز فعلته					

استمارة.
خطوات زيادة فعالية النشاطات السارة فى الحياة.

إعداد.
محمود عيد مصطفى.

إشراف.
أ.د./ محمد نجيب الصبوة   أ.د./ حسن على حسن مسلم.

١- اختر ستة نشاطات سارة، إما بالاستعانة بقائمة النشاطات المرفقة، أو ستة نشاطات من جانبك تعتقد أنها تمتعك وتسرك.

٢- الهدف من هذا الاختيار هو أن تمارسها بإرادتك على مدى ثلاثة أسابيع.

٣- انتق ثلاثة من هذه النشاطات لكى تمارسها. بمفردك، وثلاثة أخرى يمكنك ممارستها بالاشتراك مع أشخاص آخرين.

٤- يفضل أن تستغرق فى ممارسة كل نشاط لمدة عشر دقائق أو أكثر فى اليوم الواحد، على ألا تفكر فى أى شئ آخر أثناء الممارسة.

٥- ضع لكل نشاط الجوانب الآتية فى ورقة منفصلة:.

اسم النشاط المستهدف ممارسته: ....

تاريخ البدء فى ممارستك له: ....

هذا النشاط ممتع لى لثلاثة أسباب هى:.

(١) ....

(٢) ....

(٣) ....

٦- حدد مكانا هادئا أو مريحا لك على أى وضع، واجلس فيه باسترخاء ثلاث مرات يومياً، ثم قم بالنشاط الذى اخترته بطريقة التخيل، ثم قم

بالتنفيذ الفعلى له. استمر فى ذلك كل يوم، إلى أن تتمكن من غرس هذه العادة فى جدولك اليومى أو الأسبوعى، وبحيث تصبح عادة تلقائية.

٧- حدد درجة الاكتئاب قبل الممارسة (..../١٠).

حدد درجة الاكتئاب بعد الممارسة (..../١٠).

استمارة مراقبة شخصية لمدى التقدم فى الاسترخاء.

مقياس التقييم يتراوح بين صفر و ١٠، حيث صفر = أقصى حالات الاسترخاء والهدوء و ١٠ = أقصى حالات التوتر والشد. .

تاريخ التقييم: من: ...../...../........./إلى: ....../...../...../..........

متوسط الدرجة لليوم	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	متوسط الدرجة = المجموع ÷ الأيام
١- أكثر الأوقات توترا								
الدرجة								
متى								
أين								
الموقف								
٢- اكثر الأوقات استرخاءً هدوءاً								
الدرجة								
متى								
أين								
الموقف								
٣- أعراض التوتر								
ص- صداع								
م- ألام المعدة								
ن- اضطراب النوم								
٤- ممارسة الاسترخاء								
متى قمت بالتدريب ؟								
طول المدة فى كل مرة								
الدرجة قبل لاسترخاء								
الدرجة بعده								

أسئلة يسألها المريض لنفسه: .

- ما هو دليلك على أن هذه الأفكار التلقائية هى نتيجة لأشياء حقيقية ؟ .
- هل يود لديك تفسير آخر لما حدث وأدى إلى هذه الأفكار ؟ .
- ما هو أسوأ شئ يمكن أن يصيبك نتيجة لما حدث ؟ وهل تستطيع التعايش بهذه الصورة ؟ ما هو أحسن شئ يمكن أن يحدث لك نتيجة ما حدث يمكن أن تتوقعه ؟ .
- ذكرت أسوأ شئ وأحسن شئ يمكن أن يحدث لك . الآن ما هو المفروض أن يحدث لك كنتيجة منطقية لما حدث؟ .
- ما هى نتيجة تصديقك لأفكارك التلقائية ؟ .
- ماذا يمكن أن أفعله بخصوص هذه الأفكار ؟ .
- إذا كان لى صديقى مثل هذه المواقف وله مثل هذه الأفكار ماذا سأقول له؟.

سجل بيك اليومى للأفكار الخاصة.

عندما تلاحظ أن مزاجك يسوء اسأل نفسك ما الذى يدور فى عقلك الآن. وبسرعة الجأ للإجابة على الأسئلة فى الجدول التالى:

التاريخ	المواقف:.	الأفكار الآلية:.	المشاعر:.	رد فعل بديل (اختيارى):.	النتيجة:.
	ـ ما هو الحدث العقلى أو أحلام اليقظة أو الأفكار التى أدت إلى حدوث المشاعر السيئة؟. ـ ما هى الاحساسات الجسمية التى تقلقك ؟	ـ ما هى الأفكار أو التخيلات التى فى بالك أو خاطرك؟. ـ كم تعتقد أنها أفكار واقعية؟. قيم من (صفر – ١٠٠)	ـ ما هى المشاعر(حزن – توتر – غضب) التى تشعر بها فى ذلك الوقت؟. ـ إلى أى درجة هذه المشاعر؟. (صفر – ١٠٠)	ـ ما هى الاضطرابات الفكرية التى أحدثتها؟. ـ استخدم الأسئلة فى أسفل الصفحة لتكون رد فعل للأفكار. ـ إلى أى درجة تعتقد فى صحة رد فعلك؟.	ـ إلى أى درجة تعتقد فى صدق كل ما تصف به الأفكار الآلية؟. ـ ما هى المشاعر التى تشعر بها الآن وما قوة هذه المشاعر؟. (صفر – ١٠٠)

جدول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية

م	الحدث المثير	فكرة تلقائية	درجة القلق	البدائل الإيجابية	درجة القلق. صفر ـــ ١٠

ماذا يجب أن تعرف عن

الاكتئاب.

مقدمة:

سوف يقدم لك هذا الكتيب، قدر من المعلومات عن مرض الاكتئاب، وهذه المعلومات تم صياغتها بصورة مبسطة، وواضحة ولا تتطلب مجهوداً كبيراً فى فهمها، وهى مختصرة أيضاً بحيث لن تستغرق وقتاً طويلاً فى قراءتها واستيعابها. وهذه المعلومات على قدر بساطتها إلا أنها تعطيك فكرة شاملة عن مرض الاكتئاب، وأعراضه، وأنواعه المختلفة، وأيضاً التفسيرات التى قدمت له، وأخيراً ما يقدم من أساليب علاجية لعلاج الاكتئاب.

اقرأ هذه المعلومات جيداً، وإن كانت هناك معلومات تحتاج إلى إيضاح يمكن أن نتناقش فيها فى الجلسات القادمة فى العلاج.

ماذا يجب أن تعرف عن الاكتئاب.

يُعرف الاكتئاب للغالبية العظمى من الناس على أنه يعبر عن استجابة عادية تسببها خبرة مؤلمة مثل الفشل فى علاقة أو خيبة أمل، أو فقدان شئ مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غالٍ. وما يميز هذا النوع هو أنه لا يستمر لفترات طويلة، بل قد لا تتجاوز فترته أسبوعين وغالباً ما يكون مرتبطاً بالموقف الذى تسبب فيه.

أما الاكتئاب المرضى فهو يتصف بأنه أكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة، ويعوق الفرد بدرجة كبيرة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، وأيضاً الأسباب التى تثيره قد لا تكون واضحة، أو متميزة بالشكل الذى نراه عند غالبية الناس.

ما هى أعراض الاكتئاب:.

يمكن القول بشكل عام أن هناك ثلاث مجموعات من أعراض الاكتئاب فمنها ما هو عضوى جسدى، وما هو مزاجى، وما هو اجتماعى ومن هذه الأعراض ما يلى:.

١- **الانهباط والكدر:** وهو شعور الفرد بالاستياء، وعدم البهجة، فغالباً ما يبدو المكتئب حزيناً ومغموماً، ويائساً، وتبدو حياته خالية من المعنى والقيمة.

٢- **ضعف مستوى النشاط الحركى والخمول:** من العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام للفرد المكتئب يكون أقل بشكل واضح عن ما كان عليه فى السابق، وتبدو النشاطات اليومية مثل الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات والمهام المنزلية شيئاً عسيراً ويصعب إنجازه، وتبدو الأشياء التى كان يهواها سابقاً غير مرغوب فيها ولا دافع لديه لأدائها.

٣- **الشعور بتثاقل الأعباء:** تتزايد شكاوى الأفراد المكتئبين من الآخرين، حيث يعتقدون أنهم يحملونهم ما لا طاقة لهم به، ويلومون الظروف الخارجية والضغوط الواقعة عليهم، مثل الموظف الذى يشكو دائماً من كثرة الأعمال المسندة إليه، أو الطالب الذى يشكو من كثرة الواجبات، أو ربة المنزل التى تشكو من إلحاحات زوجها وأولادها عليها وأن ما بها من كرب سوف يختفى لو أن زوجها وأولادها كفوا عن إلحاحاتهم عليها.

٤- **الشكاوى الجسمية والآلام العضوية:** وتعتبر أكثر الأعراض شيوعاً، فعادة ما يكون الاكتئاب مستتراً أو متخفياً فى شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر

والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة. ومن هذه الشكاوى اضطرابات النوم مثل الاستيقاظ مبكراً، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المتقطع أو صعوبة الاستيقاظ فى الصباح.

وأيضاً اضطرابات الشهية بما فيها فقد الشهية، وفقدان الوزن، إلا أن بعض مرضى الاكتئاب لديهم عكس ذلك مثل الإفراط فى الأكل وزيادة الوزن. ومن هذه الشكاوى أيضاً الصداع وآلام المعدة وتقلصاتها، وأيضاً فقدان الرغبة الجنسية، وعدم الاستمتاع بها.

٥- **توتر العلاقات الاجتماعية:** تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة فى التعامل مع الآخرين والتفاعل معهم وتظهر فى أشكال معينة منها، عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزوجة، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين. ويشعر بعضهم بالقلق تجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة، ويجد بعضهم صعوبة فى التعبير عن استيائهم ورفضهم للأشياء أو المواقف التى تمثل عبئاً على الوقت والصحة والراحة، وضعف قدرتهم على تأكيد ذاتهم، على شعور الأفراد المكتئبين بالوحدة، وافتقادهم لحب الآخرين.

٦- **مشاعر الذنب واللوم المرضى للنفس:** يعبر مرضى الاكتئاب عن مرضهم بمشاعر حادة من الشعور بالذنب، ولوم النفس، فهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه بالفعل، أو أسوأ مما يتوقع الناس، فهم يرون أنفسهم على أنهم أشرار، وخاطئون، وسيئون، وأنهم يمثلون عبئاً على الآخرين.

٧- **الإدارك السلبى للبيئة والتفكير الإنهزامى:** إن ما يحمله الفرد من معتقدات عن نفسه، وعن الأحداث الخارجية التى يمر بها، يكون ملازماً لحالته الاكتئابية فهو يرى ويصف نفسه بالقصور وعدم اللياقة، والنقص،

والعجز، والفشل. وأيضاً نرى المكتئب أنه يصف ويتعامل مع المواقف والأحداث الخارجية السلبية أو الصعبة نسبياً على أنها مواقف محبطة، وأن الصعوبات التى يواجهها يستحيل التعايش معها أو مواجهتها.

ولابد أن نشير هنا إلى أنه ليس بالضرورة توافر كل الأعراض السابقة لدى مريض الاكتئاب، بل يكفى بعضها فقط، لأن كل فرد يختلف عن الآخر فى تعبيره عن مرضه، وذلك لوجود فروق فردية بين الأفراد، وأيضاً اختلافاً فى الخبرات الشخصية، والأحداث الحياتية، وسمات الشخصية.

أنواع الاكتئاب:.

هناك عدة أنواع من الاكتئاب يمكن وصفها على النحو التالى:.

١- الاكتئاب الاستجابى: وهو يسمى بالاستجابى لأنه غالباً ما يكون مرتبطاً بأحداث خارجية أو استجابة لها مثل كوارث موت الأعزاء، أو الطلاق، أو الكوارث المادية، وهنا يكون الاكتئاب مرتبطاً بالموقف أو الأحداث الخارجية وفى العادة ينتهى بعد فترة قصيرة.

٢- **الاكتئاب العصابى**:ولو استمر الاكتئاب بعد زوال الأسباب التى أدت إليه، لفترة لاحقة لمدة أسبوعين أو أكثر فهو يسمى بالاكتئاب العصابى، وهنا يكون مصحوباً بمشاعر اليأس، والقلق، والخوف، والإحباط.

٣- **الاكتئاب اللزج**:وفيه يكون الفرد اعتمادياً سلبياً، كثير الشكوى، ودائماً ينعى حظه العاثر ويتفنن فى اكتشاف أخطاءه، والإعلان عن جوانب ضعفه، وسلبياته، ويتجاهل إيجابياته ومميزاته.

٤- **الاكتئاب الداخلي**:وهو يحدث دون وجود أسباب خارجية واضحة ويعتبر أكثر شدة من الأنواع السابقة وقد يحتاج إلى تناول عقاقير طبية إلى جانب العلاجات النفسية.

٥- **الإضطراب الدوري**:ويسمى أيضاً باضطراب الهوس والاكتئاب، وهو يجيئ فى شكل دورات من الإكتائب، تسبقها أو تتبعها فترات أو نوبات من الهوس والنشاط الزائد وهذا النوع قد يؤثر على قدرته على التفكير السليم، ويشوه إدراكه لنفسه وللعالم من حوله، وقد يؤدى به إلى الانتحار.

٦- **الاكتئاب الموسمى**: وهو الذى يشيع عند بعض الأشخاص فى بعض شهور السنة خاصة فى أشهر الشتاء، ويكون يفى شكل رغبة فى الإنعزال، والميل للحزن، مع ميل للأطعمة الغنية بالدهون والسكريات والنشويات.

كيف نتعرف على الاكتئاب:.

يتم التعرف على الاكتئاب من خلال عدد من المقاييس والاختبارات النفسية التى تتناول عدداً من الأعراض الخاصة بالإكتائب، ويقوم المريض بالإجابة عن هذه المقاييس، والأسئلة الموجهة إليه بهدف تشخيص الحالة سواء من قبل الطبيب النفسى أو الأخضائى النفسى المعالج. وبعد أن يجيب المريض على هذه الماييس يتم تحديد مستوى الاكتئاب لديه.

كيف نفسر الاكتئاب:.

عندما نتكلم عن تفسير الاكتئاب فنحن نتحدث عن أسبابه، وهناك نظريات كثيرة حاولت تفسير الاكتئاب، وبيان أسباب حدوثه، ويمكن الإشارة إلى بعض هذه النظريات ببساطة كما يلى:.

١- تفيد بعض النظريات أن الاكتئاب قد ينتج عن الصراع الداخلى داخل شخصية الفرد.

٢- تقول بعض النظريات أن هناك أسباباً وراثية خاصة بالجينات وبعض العوامل الأخرى.

٣- قد يكون السبب هو خلل واضطراب فى بعض الهرمونات، والمواد الكيميائية التى يعززها المخ.

٤- قد ينتج الاكتئاب عند التعرض لبعض الضغوط النفسية، وأحداث الحياة الشاقة مثل ضغوط العمل، ورعاية الأبناء.

٥- قد يشعر الفرد بالاكتئاب نتيجة عدم قدرته أو ضعف مهاراته فى مواجهة مشكلاته ووضع حلول مناسبة لها.

٦- قد ينتج الاكتئاب أيضاً عن اضطراب أو عجز فى المهارات الاجتماعية لدى الأفراد أو التى تؤثر فى مستوى تفاعلهم مع المجتمع.

٧- وجود بعض الأفكار السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل وهذه هى اتجاهات المريض التى يحكم بها على كل ما يحيط به، ويفسر بها كل الأحداث التى تحدث له.

علاج الاكتئاب:.

هناك جانبين مهمين فى علاج الاكتئاب هما:.

١- **العلاج الدوائى:** وهو عبارة عن الأدوية التى يصفها الطبيب النفسى للمريض على أن يتناولها بانتظام، ولا يقوم بالامتناع عن تناول الدواء أو التقليل من الجرعة إلا بعد استشارة طبيبه المعالج. وهناك عديد من الأدوية المعروفة لعلاج الاكتئاب مثل البروزاك، والزاناكس وغيرها من الأدوية.

٢- **العلاج النفسى:** والعلاج النفسى له عدد من الأنواع والأساليب مثل العلاج بالتحليل النفسى، العلاج السلوكى، العلاج البين شخصى المتبادل، العلاج المعرفى، والعلاج المعرفى السلوكى.. وغيرها من الأساليب التى قد استخدمت فى علاج الاكتئاب. والعلاج النفسى يقوم به المعالجين النفسيين فى عياداتهم الخاصة أو المستشفيات، وليس للعلاج النفسى آثار جانبية مثل العلاج الدوائى، فإذا لم يستفد المريض من العلاج النفسى فلن يضره شئ من التعرض لخبرة جديدة ومفيدة، لكن فى كل الأحوال يستفيد المريض من العلاج النفسى فى صقل مهاراته وشحذ قدراته، وتبحره بذاته.

والعلاج النفسى عبارة عن عدد من الجلسات التى تقدم على الأقل مرة أسبوعياً بشكل منتظم يتم فيها عمل إجراءات علاجية معينة، تساعد المريض فى تحسين أعراضه الاكتئابية وتغلبه عليها، ويختلف الأفراد فى مدى استجابتهم للعلاج النفسى وذلك تبعاً لحدة أعراضهم، ومدى التزامهم بكلام وتوجيهات المعالج، وأيضاً المهام التى تعطى لهم، ومدى مداومتهم فى العلاج.

النص الخاص.

بالعلاج المعرفى السلوكى.

ما معنى العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب؟.

تختلف نظرة الشخص المكتئب إلى الحياة، والأحداث عن بقية الأشخاص الأسوياء، وربما تكون مشكلة الشخص المكتئب تكمن فى كيفية نظرته وتفسيره لتلك الأحداث، وغالباً لا تكون المشكلة فى أحداث الحياة ذاتها لكن فى نظرتنا لها، فمن يرتدى نظارة سوداء يرى كل شئ أسود، ومن لا يرتديها يرى الأشياء على طبيعتها، فالشخص المكتئب لا ينظر إلا لسلبياته ونقاط فشله، أو ما يعتقد أنه فشلاً ويميل إلى تفسير المواقف المختلفة تفسيراً يتوافق مع نظرته السلبية للأمور، فتكون النتيجة حلقة مفرغة تؤدى به للإكتئاب ومن هنا جاءت فكرة العلاج المعرفى والذى يتعامل مع طريقة تفكير الشخص وتفسيره للمواقف والأحداث المختلفة والوصول إلى نظرة موضوعية يتخلص فيها المريض من أفكاره السلبية وينظر للحياة نظرة طبيعية موضوعية بعيداً عن التفسيرات السلبية التشاؤمية المرضية.

ويهتم العلاج المعرفى فى البداية بتحديد الأفكار والاتجاهات السلبية لدى المريض، وأن تكشف هذه الأفكار للمريض ويتم مناقشة هذه الأفكار ووضعها فى شكل أسئلة أو تساؤلات منطقية، وذلك بهدف استبدالها بأفكار واقعية معقولة ومقبولة تتلاءم مع الموقف. وتساعدنا هذه الطريقة على اكتشاف طرق تفكيرنا السابقة، وأنها لم تعد تنفع، وأننا إذا داومنا على الاستمرار بإتباع هذه الطريقة فى التفكير فإننا سوف نكرر اضطراباتنا وأيضاً سوف نزيد من قوة تأثيرها وشدتها. والتغير فى المجال المعرفى (أى الأفكار) ينعكس آثاره فى مجال الفعل والشعور.

وهناك طرق عديدة لإنجاز هذا التغير فى الأفكار والتى تساعدنا على رؤية هذه الأفكار السلبية، والإيجابية بعد تغييرها مثل التسجيل الوقتى لتلك الأفكار عند ظهورها، وأيضاً تسجيل المشاعر المصاحبة لها، وأيضاً تسجيل الأفكار الإيجابية (بعد تعديل الأفكار السلبية) وأيضاً المشاعر المصاحبة لها وذلك عن طريق ما يسمى بالمراقبة الذاتية، أى أن الفرد يراقب نفسه وطريقة تفكيره. وأيضاً ما يسمى بمقاطعة الفكرة وإيقافها. أى أن الفرد عندما ترد على ذهنه فكرة تتردد باستمرار، فهو يقوم بإيقاف الفكرة عمداً مستخدماً عبارة تعنى هذا المعنى مثل "قف" بشكل غير مسموع أو أنه يفكر فى فكرة أخرى بديلة تقطع هذه الفكرة.

وهناك أساليب مساعدة للعلاج المعرفى للإكتئاب، وهى أساليب تسمى الأساليب السلوكية لذلك يسمى الإثنين معاً باتحاد هى: العلاج المعرفى السلوكى وهو نوع من العلاجات الذى يستخدم الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية.

والأساليب السلوكية هى عبارة عن عدد من النشاطات التى يقوم بها الفرد داخل الجلسة العلاجية وأيضاً خارجها، بهدف تقليل مستويات التوتر والقلق، والضغوط الواقعة عليه، ومن هذه الأساليب وما سوف نستخدمها فى خلال الجلسات القادمة: الاسترخاء العضلى، وممارسة الأنشطة السارة، وأداء الأدوار.

ما أخطاء التفكير؟.

كما عرفت سابقاً، بأن المكتئبون تكون لديهم أنماطاً سلبية من التفكير تؤدى إلى تفسير خاطئ ومشوه للمواقف والأحداث. فهنا سوف تتعرف على أنواع مختلفة من أخطاء التفكير التى تظهر لدى مرضى الاكتئاب كما يلى:.

[١] التهويل والتهوين:.

وهو عبارة عن الميل للمبالغة فى إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية المحايدة، ونبالغ فى معانيها مثل تصور الخطر والدمار فيها. ويبالغ الأفراد فى تفسير الأشياء ويتوقع دائماً الشر لنفسه، ولأسرته، وممتلكاته، أو يخاف أن يفقد وظيفته أو مكانته أو الأشخاص الأعزاء فى حياته. وفى حالة الأفراد المكتئبين فإن التهويل يأخذ شكلاً مختلفاً، فالشخص يميل إلى تهويل عيوبه أو المبالغة فيها فالخطأ البسيط يصبح عنده كارثة تدمر السمعة وتوجيه نقد عابر له يعنى جرحاً للكرامة، والدفاع عن النفس فى بعض المواقف يعنى أنه تجاوز الحدود ويستحق العقاب.

وفى الوقت نفسه يميل إلى التهوين من مزاياه وإيجابياته ويقلل من قيمة ذاته.

[٢] التعميم:.

وهو الميل إلى إصدار الأحكام المتطرفة، فمجرد توجيه نقد بسيط للفرد، فذلك يعنى عنده أنه فاشل تماماً فى كل شئ. وفشله فى تحقيق هدف ما يعنى له أنه عاجز تماماً عن تحقيق أى هدف فى الحياة. ومجرد بُعد صديق ما عنه يعنى أنه بدأ فى أن يخسر كل أصدقاءه، أى أنه يقوم بتعميم الأشياء الصغيرة على كل شئ شبيه له فى حياته.

[٣] الكل أو اللاشئ:.

يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء على أنها إما بيضاء أو سوداء حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، غير متوقعين أو مدركين أن الشئ الواحد قد يبدو فى ظاهر الأمر سيئاً، لكن ربما يحتمل أن تكون فيه أشياء إيجابية، أو أنه فى المستقبل قد يؤدى إلى نتائج إيجابية. والشئ المنطقى هو أنه لا يوجد شئ يتصف بالكمال الكامل المطلق وهذه حقيقة تتعلق على كل الأفراد وكل الأشياء.

[٤] عزل الأشياء عن سياقها:.

ومثال بسيط عن ذلك هو أن الشخص قد يرفض التقدم لعمل مناسب لأنه رفض فى عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وقدراته وما يتطلبه العمل الجديد. فالشخص هنا يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل كل الموقف وكأنه يلبس منظاراً لا يرى به إلا الأشياء السيئة فى حياته.

[٥] التفسير السلبى لما هو إيجابى:.

وهنا يميل المريض الاكتئابى ليس فقط إلى انتقاء ما هو سلبى، بل أيضاً يفسر الأمور الإيجابية تفسيراً سلبياً. فالشخص الذى لا يرى شئى إيجابى فى حياته ويفسر كل ما هو إيجابى بشكل سلبى فهو دائم الخسارة والتعاسة والعجز عن الاستمتاع بالأشياء الإيجابية فى الحياة.

[٦] القفز إلى الاستنتاجات:.

فى كثير من حالات الاكتئاب يكون السلوك ناتجاً عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة أو بسبب وجود ظروف مختلفة، ففى

هذا النوع من أخطاء التفكير وهو محاولة قراءة أفكار الآخرين، أو معرفة وتوقع ما يفكرون به ليس ذلك فقط بل أن الفرد المكتئب يتصرف تجاه نفسه والعالم والآخرين وفق هذه التصورات التى يتوقعها كما لو كانت حقيقة.

قراءة المستقبل سلبياً:.

وهو ما يسمى بخطأ المنجم أو قارئ البخت ويتمثل ذلك فيما تتخيله من توقعات سلبية عن المستقبل، والمصير المعتم الذى ينتظرنا أو ينتظر المقربين منا وكأننا أصبحنا عالمين بالغيب وما تحمله الأقدار من مصائب وكوارث. فالمكتئب يجد نفسه فجأة يتوقع أن شيئاً ضاراً سوف يحدث له أو لأحد أفراد أسرته فى المستقبل فيجد نفسه مصاباً بالحزن والهم ورغم أن ذلك هو مجرد توقع فقط فإنه يتعامل معه كأنه شئ يقينى صادق لا يقبل النقاش.

[٧] التأهيل الشخصى للأمور:.

وهنا يقوم مريض الاكتئاب بأن ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان) مسئولية أي أخطاء خارجية تحدث، ويحمل نفسه مسئولية النتائج السلبية فى المواقف التى يمر بها (أو حتى التى لا تتعلق به شخصياً).

هذه هى أخطاء التفكير التى دائماً ما يقع فيها أو فى بعضها الأفراد المكتئبون والتى تشكل قدراً كبيراً من التشويه الحادث فى أفكارهم واستجاباتهم والتى تؤدى بهم إلى زيادة حدة أعراضهم الاكتئابية. وليس شرطاً أن تتواجد كل هذه الأنواع لدى الفرد الواحد بل يمكن أن يكون أحدها فقط أو بعضها. وتحتاج هذه الأخطاء إلى نوع من التعديل المعرفى لمعالجة هذه الأخطاء.

حـل المشـكلات

كيف نتبنى طرقاً أكثر إيجابية لحل مشكلاتنا؟.

هناك طرق عديدة وجديدة تستخدم فى علاج طرق التفكير والمعتقدات ومنها تعليم الأشخاص طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية والاجتماعية. فيمكن أن نتصور أن الاضطراب يحدث عندما يفشل الفرد فى مواجهة صعوبات تعوق توافقه مع المجتمع؛ وتمنعه من أن يستخدم إمكانياته ونقاط القوة فيه بشكل جيد. لذلك فإن الصحة النفسية تتطلب أن تتعلم طرقاً أكثر إيجابية لمواجهة مشكلاتنا العاطفية والنفسية والسلوكية والاجتماعية. وذلك وفق عدد من النقاط ذكرناها سابقاً خلال الجلسة وسوف نعيدها الآن لأهميتها وهى كالتالى:.

١- تنمية قدرتنا على حل المشاكل بدلاً من الهروب منها أو تأجيلها أو تجنب المواقف المرتبطة بها.

٢- معرفة أن هناك طرقاً بديلة للوصول إلى الأهداف غير الطرق المرضية التى نعرفها.

٣- ننمى قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا فى تعاملاتنا أو علاقاتنا الاجتماعية.

٤- أن تدرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.

لذلك فمن الضرورى أن نساعد الشخص على أن يوظف أفكاره الجديدة المنطقية عندما تحدث، وذلك بتكليفه بمهام منزلية يقوم الشخص من خلالها بممارسة هذه الأفكار عمداً وفى مواقف واقعية، أى أن يتعرف بطريقة تظهر اتجاهه الجديد، وتوضح تغيراته الذهنية الإيجابية. ومن الأساليب التى تستخدم فى تعديل طرق حل المشكلات ما يأتى:.

[١] تعديل أهمية بعض الأهداف:.

وهنا نقوم بعملية التصحيح المستمر لأخطاؤنا فى القيم والأفكار، ويجب النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين، وذلك يؤدى إلى تعويل الفرد لسلوكه الاجتماعى. عندما يعرف أن أهدافه غير معقولة أو أنها ليست بالأهمية التى يراها هو. مما يؤدى إلى مزيد من التوافق.

[٢] التعديل البيئى:.

وهنا نقوم بتغيير البيئة الاجتماعية لإحداث تغيير فى الشخصية، وقد يشمل هذا التغيير بعض الأفراد المحيطين بالمريض مثل الأصدقاء والأقارب وزملاء العمل، والزوجة (الزوج)، وتؤدى بعض التغيرات مثل تغيير طريقة اللبس أو الكلام، أو الوضع الاجتماعى إلى إحداث تغييرات فى توقعات الأفراد عنا وبالتالى تغير سلوكنا.

وهناك طرقاً أخرى لحل المشكلات سوف نستخدمها ونناقشها بشكل عملى فى أثناء الجلسات القادمة مثل:.

الكف المتبادل، والإقلال من التنافر المعرفى، وتجنب الربط بين وقائع وأحداث غير مترابطة بالضرورة.

تأكيد الذات.

تأكيد الذات هى إحدى خصال الشخصية التى تميز الأشخاص الناجحون، وهذا المفهوم يمثل صفة، أو سمة شخصية عامة. أى أنها قد تتوافر فى بعض الأشخاص فيكونوا أكثر توكيداً لذاتهم وقد لا تتوافر فى البعض الآخر فيصبحون أكثر سلبية وعجزاً عن تأكيد ذاتهم فى المواقف المختلفة. وهذه الخاصية تشير إلى قدرة يمكن التدريب عليه وتطويرها وتنميتها لدى الأفراد. ويمكن أن يكون الفرد توكيدياً (أى له القدرة على تأكيد ذاته) فى بعض المواقف، وسلبياً فى مواقف أخرى ومن هنا يكون هدف العلاج النفسى أن ندرب الفرد الذى يعانى من المرض النفسى مثل الاكتئاب على أن يطور إمكاناته فى التعبير عن نفسه، وزيادة الثقة فيها فى المواقف التى يعجز فيها عن ذلك.

وهناك عديد من البرامج التى وضعت لتدريب الأفراد على هذه القدرة، وعن طريق هذه البرامج أصبح بالإمكان التخفف من كثير من الأعراض المرضية التى يكون فيها اضطراب المهارات الاجتماعية أحد مكوناتها الرئيسية بما فى ذلك القلق والاكتئاب.

وتتضمن التوكيدية كثيراً من التلقائية، والحرية فى التعبير عن المشاعر الإيجابية، والسلبية أيضاً، وتساعدنا على تحقيق أكبر قدر من النجاح فى علاقاتنا الاجتماعية مع الآخرين.

والسؤال هنا: ما علاقة تأكيد الذات بالصحة النفسية؟ ولماذا يجب على المكتئبين تدعيمها؟ وللإجابة عن هذا السؤال ننظر إلى ما سبق عن معانى التوكيدية وأيضاً أنها تعنى أن تكون لدينا القدرة على أن نفتح للآخرين أنفسنا ومشاعرنا أى عدم الخوف من أن نطلع الآخرين على مشاعرنا بدلاً من أن نخفيها بداخلنا. لذلك يكون من السهل أن ننمى علاقات دافئة ومستمرة مع

الآخرين. وذلك لما تخلقه طمأنينة وأمناً متبادلين، وقدر عال من التواصل الجيد، وعدم الخوف من كشف الذات للآخر. ويمثل هذا النوع من العلاقات الاجتماعية الإيجابية جانباً من جوانب المهمة فى التغلب على الاكتئاب فنحن نشعر بالاكتئاب عادة عندما نفشل فى أن نجد علاقة أو علاقات يتوافر فيها هذا الدفء.

ولأن الأفراد التوكيديين يتكلمون أكثر، ويعبرون عن مشاعرهم فى داخل الجماعة بحرية أكبر، فهم يعطون الآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم. ومن هنا فإن التعبير عن المشاعر بثقة يخلق جواً إيجابياً، ويساعد على وجود جو اجتماعى دافئ وآمن. وكل ذلك يجعل من تأكيد الذات أحد المتطلبات الرئيسية للصحة بشكل عام، ولمقاومة الاكتئاب بشكل خاص.

لذلك ففى سياق جلساتنا العلاجية، سوف نتبع عدداً من التدريبات الخاصة بتوكيد الذات، وأيضاً عدداً من المهام المنزلية التى تساعدنا على تنمية هذه الخاصية لدينا وتساعدنا على التغلب على مشاعر وأعراض الاكتئاب.

الضغوط النفسية.

يشير مفهوم الضغط فى معناه البسيط إلى أى تغير داخلى، أو خارجى يؤدى إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، وبعبارة أخرى، تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل، والتلوث البيئى، أو السفر، والصراعات الأسرية، ضغوطاً مثلها مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية مثل الإصابة بالأمراض والأرق، أو التغيرات الهرمونية، إساءة استخدام العقاقير، والكحوليات واختلال النظام الغذائى.

ومن المعروف أن هناك مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية يعتقد أنها ناتجة عن الاضطرابات الانفعالية أو الضغوط مثل القلق، والاكتئاب، والوساوس القهرية.

وجسم الإنسان يظهر قدراً من التكيف والتوافق على الضغوط يسمى "طاقة التكيف" وثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدى تدريجياً إلى فقدان هذه الطاقة وانهيارها وتضعف قدرة الجسم على المقاومة فتحدث تبعاً لذلك الأمراض.

وهناك بعض العلامات الدالة على الضغوط النفسية وتعتبر إنذارات بتزايد الضغط والإجهاد مثل: اضطرابات النوم، اضطرابات الهضم، اضطرابات التنفس، خفقان القلب، القلق الزائد، الاكتئاب، التوتر العضلى والشد، الغضب لأتفه الأسباب، التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين، الإجهاد السريع، كثرة التعرض للأمراض والحوادث.

ومن الضغوط والأحداث الحياتية التى لها علاقة بحدوث ونشوء وتطور الاكتئاب نجد أن هناك أنواع خاصة من الضغوط توجد مصاحبة، أو سابقة لظهور الاضطراب، فيوجد تزايد فى الأحداث والضغوط المرتبطة بالانفصال أو

الطلاق، والخسارة (المادية، والاجتماعية، والإنسانية، وكذلك الاضطرابات الأسرية وعدم التوافق والتكيف.

ونجد أن ليس كل الناس يستجيبون للضغوط بنفس القدر، ولا يستجيبون لها بطريقة واحدة، فبعضهم قد يصاب بالربو، أو السكر، أو ضغط الدم المرتفع أو ما إلى ذلك من الأمراض الأخرى. وبعضهم يعانى من القلق والاكتئاب.

ومن ناحية أخرى نجد أن أسوأ الضغوط، وأكثرها ارتباطاً بالاضطراب النفسى هى التى تحدث للفرد الذى يفتقد إلى المساندة الوجدانية، والصلات الحميمة، فالعلاقات الاجتماعية والأسرية المنظمة تعتبر من المصادر الرئيسية للوقاية من الاكتئاب والقلق، والتى تمثل دافعاً، ومدعماً أساسياً للاستمرار والنجاح.

والاستجابة باليأس والاكتئاب لأحداث الحياة والضغوط الناتجة عنها، يتوقف على ما يملكه الفرد من مهارات اجتماعية، فالأفراد ذوى الاهتمامات المهنية والاجتماعية الضعيفة يكون تأثير الضغوط عليهم أكثر شدة وأسوأ نتيجة.

لذلك فإن إتقاننا لمهارات اجتماعية جيدة (مثل تأكيد الذات) وتعلمنا لطرق مواجهة الضغوط وتقليل التوتر (مثل الاسترخاء والأنشطة السارة) من شأنها أن تخفض مشاعر وأعراض القلق والاكتئاب من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الاستمرار والمداومة عليها وعلى ما سلكناه من أساليب للتفكير الإيجابى أن يقلل من احتمالات الانتكاس والوقوع فى الأعراض الاكتئابية مرة أخرى.

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

الفهرس



صدر أيضًا للناشر

في مجال علم النفس

- سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر
  1. أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن أورام المثانة السرطانية — د . هناء شويح
  2. الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية — د . نشوى عبد التواب
  3. اضطراب القراءة الارتقائي — د . غادة عبد
  4. الاختلالات الزوجية — د . صفاء إس
  5. العلاج المعرفي السلوكي المختصر — ت:د . محمو
- الطفل التوحدى — د . حسام أحم
- سيكولجية الطفل الأصم — د . سحر ز
- العلاج المعرفي السلوكي للسمنة (دليل للمعالجين) — ت:د . محمود
- النوم (المشكلات - التشخيص - العلاج) — أ.د طارق أسعد ،



إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
١٢ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة
ت : ٢٤١٧٣٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٣٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى ١١٧٧١
E-mail: etraccom@gmail.com